

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ADRIANA PAULA DA SILVA

AVALIAÇÃO E RELEVÂNCIA DO PERFIL DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE
DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES
MELLITUS TIPO 1 NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM O
CONTROLE METABÓLICO

Uberaba

2019

ADRIANA PAULA DA SILVA

AVALIAÇÃO E RELEVÂNCIA DO PERFIL DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE
DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES
MELLITUS TIPO 1 NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM O
CONTROLE METABÓLICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da saúde, área de concentração “Medicina Translacional”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Borges

Uberaba

2019

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S578a	<p>Silva, Adriana Paula da Avaliação e relevância do perfil de religiosidade/espiritualidade dos cuidadores de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 no enfrentamento da doença e sua relação com o controle metabólico / Adriana Paula da Silva. -- 2019. 213 f. il.: fig., graf., tab.</p> <p>Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019 Orientadora: Dra. Maria de Fátima Borges</p> <p>1. Diabetes mellitus. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Cuidadores. 5. Espiritualidade. I. Borges, Maria de Fátima. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p>CDU 616.379-008.64</p>
-------	--

ADRIANA PAULA DA SILVA

AVALIAÇÃO E RELEVÂNCIA DO PERFIL DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE
DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES
MELLITUS TIPO 1 NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM O
CONTROLE METABÓLICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da saúde, área de concentração “Medicina Translacional”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Borges

Uberaba, 14 de junho de 2019.

Prof^a Dr^a Maria de Fátima Borges – Orientadora
UFTM – Uberaba - MG

Profa Dra Jacqueline Pontes Monteiro
USP – Ribeirão Preto – SP

Profa Dra Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
UFTM – Uberaba - MG

Profa. Dra Lucila Castanheira Nascimento
USP – Ribeirão Preto - SP

Prof. Dr Guilherme Rocha Pardi
UFTM – Uberaba-MG

Dedico a minha família, aos meus pais, irmãos, filhos e neto pelo apoio e paciência. Especialmente à Raquel, minha coleguinha do pré-primário, que possibilitou meu primeiro contato com o Diabetes há 45 anos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade dessa existência, pelos dons que me foram concedidos, pelo presente que é a vida.

Aos meus pais Sebastião da Silva (*in memoriam*) e Shirley Ferreira da Silva por terem aceito o desafio de cuidar de mim, por sempre me apoiarem e acreditarem em mim, especialmente ao meu pai por ter sido meu grande motivador para o saber.

Ao meu companheiro Robson Martins Pereira pelo apoio incondicional, pela paciência, por termos nos encontrado nessa existência e sermos melhores juntos, pelo cuidado, carinho e amor.

Aos meus filhos Maita e Ana Luisa (*in memoriam*), Pedro Leone Sene e Maria Vallentina Silva Martins por terem me escolhido para guiá-los em suas existências.

À minha nora Ketteller Bruna do Carmo por ter me presenteado com o meu neto Éric e por fazer a diferença na vida do meu filho Pedro.

Aos meus irmãos Adriano Limírio da Silva e Paulo Limírio da Silva a quem meu pai homenageou me batizando Adriana Paula e, que vieram comigo nesta existência para cuidarmos uns dos outros e aprendermos sobre o amor e amar, perdão e perdoar.

À minha orientadora Profa. Dra Maria de Fátima Borges por ter me acolhido na disciplina de endocrinologia, por seus ensinamentos acadêmicos, por sua generosidade, apoio, amizade e exemplo de determinação e afinho na trajetória do saber.

À Profa. Lúcia Marina Scatena por ter me ensinado o que sei sobre estatística e que ainda é preciso aprender mais.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pelos ensinamentos acadêmicos.

Às Prof^{as}. Beatriz Pires Ferreira e Prof^a. Beatriz Hallal Jorge Lara e às médicas Dras Elisabete Aparecida Mantovani Rodrigues de Resende e Heloisa Marcelina Cunha Palhares pelo apoio, incentivo e paciência durante essa trajetória acadêmica.

À Izabelle Mara Rodrigues Mesquita por sua amizade, força de vontade e determinação.

À Ana Cláudia Moura Caetano Araújo por sua amizade e palavras de conforto nos momentos difíceis e pelo estreitamento dos laços de amizade.

À Janaíne Machado Tomé por sua alegria, companheirismo, solicitude e colaboração ímpar na formatação desse trabalho.

À Dra Elvi Cristina Rojas Fonseca por ter trilhado comigo essa trajetória acadêmica, por sua disposição nesta fase conclusiva, por termos estreitado ainda mais a amizade e por suas sábias palavras nos momentos de angústia.

À Marta Helena Duarte por sua amizade leal e sincera, pelo apoio em todos os momentos.

Aos secretários André Luís Rodrigues Costa e Tuânia Alves Cunha André pela solicitude, paciência e amistosidade com que sempre me receberam.

“São chegados os tempos em que os ensinamentos do Cristo têm de ser completados; em que o véu intencionalmente lançado sobre algumas partes desse ensino tem de ser levantado; em que a Ciência, deixando de ser exclusivamente materialista, tem de levar em conta o elemento espiritual e em que a Religião, deixando de ignorar as leis orgânicas e imutáveis da matéria, como duas forças que são, apoiando-se uma na outra e marchando combinadas, se prestarão mútuo concurso. Então, não mais desmentida pela Ciência, a Religião adquirirá inabalável poder, porque estará de acordo com a razão, já se lhe não podendo mais opor a irresistível lógica dos fatos.”

(Alan Kardec)

RESUMO

SILVA, Adriana Paula da. **AVALIAÇÃO E RELEVÂNCIA DO PERFIL DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO.** 2019. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2019.

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição metabólica crônica em que ocorre aumento dos níveis de glicose no sangue devido a falha na secreção ou na ação da insulina, ou ambas. A descoberta do Diabetes em um filho gera na família dúvidas, incertezas, revolta e desespero. A busca de informações é necessária para esclarecer sobre a doença, na intenção de atenuar o forte impacto que o diagnóstico de DM causa e, a busca de suporte na religião, através de orações e apoio na fé divina para diminuir o sofrimento. Cuidadores relatam sintomas de depressão, estresse e ansiedade, os quais podem interferir no controle glicêmico de crianças e adolescentes com DM1. Portanto, a religiosidade constitui importante ferramenta para entendimento da situação, obtenção de recursos e fortalecimento para lidar com as fragilidades impostas pelo DM. **OBJETIVO:** Identificar a religiosidade e espiritualidade – R/E dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1 e a utilização do *coping* religioso/espiritual no enfrentamento da doença, bem como sobre o controle metabólico do DM1 das crianças e adolescentes. **MÉTODOS:** Foram coletados dados socioeconômicos e demográficos de cuidadores de 59 crianças e adolescentes com Diabetes e obtidas dosagens de Glicemia de Jejum (FG); Glicemia Pós Prandial (PPG); Frutosamina (FRUTO), HbA1c, calculada a variabilidade glicêmica - Δ HbA1c, colesterol total (CT) e frações: lipoproteína de alta densidade (HDL-c); lipoproteína de baixa densidade (LDL-c); lipoproteína de não alta densidade (não-HDL-c) e triglicérides (TG). Níveis de religiosidade foram obtidos pela escala de DUREL; o uso *coping* religioso/espiritual foi verificado pela escala CRE-Breve. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram analisados pela escala DASS21. Foram realizadas as análises estatísticas descritivas. O Teste *t* de *Student* foi empregado para os grupos independentes ou ANOVA seguido do Teste de Tukey de comparações múltiplas para 2 ou mais

grupos independentes. Para verificar a correlação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de Pearson. Em todos os testes, foi considerado um nível de significância de 5%, e os dados foram analisados com o auxílio dos softwares *Statistica* v10 e *SPSS* versão 23. **RESULTADOS:** Dentre os 59 participantes 54,2% (n = 32) tinham idade inferior a 40 anos e a maioria foi composta por cuidadores do sexo feminino 93,2% (n = 55). Quanto às crianças e adolescentes com diabetes 30 (50,8 %) eram sexo masculino, 46 (78,0%) tinham idade maior que 10 anos e, 38 (64,4%) tempo de diagnóstico superior a 5 anos. Ao avaliar a religiosidade dos cuidadores foram observadas médias alta religiosidade nas três dimensões avaliadas: RO, RNO e RI. Quanto ao uso da religiosidade no enfrentamento do DM1 pelos cuidadores foram observados escores de utilização considerados altos do CRETotal ($3,7 \pm 0,3$) e médio o escore de uso de CREP ($3,3 \pm 0,6$). A relação CREN/CREP foi de ($0,5 \pm 0,2$), demonstrando que o uso do CREP foi 50 % maior em relação ao uso do CREN. A severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade foi identificada como grave em 22,0% (n = 13), 44,1% (n = 26) e 42,1% (n = 25) dos cuidadores respectivamente. Quanto ao controle glicêmico e perfil lipídico, observou-se que as médias de GJ, GPP, HbA1c e Frutosamina estavam acima dos valores de referência para metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM1. Os valores de CT, HDL-c e LDL-c estavam em conformidade com os valores referenciais. Houve associação inversa e moderada entre Δ HbA1c e RI; forte e inversa entre FRUTO e RO e, positiva e moderada entre CT e RNO. Foram observadas associações positivas e fortes entre o fator N4 – Insatisfação com o outro institucional - com e com ansiedade e moderada com estresse. Correlações moderadas e positivas foram identificadas entre N1 – Reavaliação negativa de Deus - com depressão; entre N3 - Reavaliação negativa do significado - com depressão; com estresse e com ansiedade, e entre N4 - Insatisfação com o outro institucional - com depressão. **CONCLUSÃO:** Verificou-se altos níveis de religiosidade nas três dimensões avaliadas, bem como seu uso pelos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1. Observou-se, também que o uso do *coping* religioso-espiritual negativo no enfrentamento da situação está positivamente associado a severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade, implicando na necessidade de avaliação da saúde emocional dos cuidadores, bem como oferta de suporte pelos profissionais de saúde para auxiliar no alívio destes sintomas.

Palavras-chave: Espiritualidade, Cuidadores, Diabetes Mellitus tipo 1, Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

SILVA, Adriana Paula da. **EVALUATION AND RELEVANCE OF THE RELIGIOSITY/SPIRITUALITY PROFILE OF CAREGIVERS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN COPING WITH THE DISEASE AND ITS RELATIONSHIP WITH METABOLIC CONTROL.** 2019. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2019.

INTRODUCTION: *Diabetes Mellitus (DM) is a chronic metabolic condition in which there is an increase in blood glucose levels due to failure in secretion or insulin action, or both. The discovery of Diabetes in a child raises doubts, uncertainties, revolt and despair in the family. The search for information is necessary to clarify the disease, in order to mitigate the strong impact that the diagnosis of DM causes and, the search for support in religion, through prayers and support in the Divine faith to lessen suffering. Caregivers report symptoms of depression, stress and anxiety, which may interfere with glycemic control of children and adolescents with DM1. Therefore, religiosity constitutes an important tool for understanding the situation, obtaining resources and strengthening to deal with the weaknesses imposed by DM.*

OBJECTIVE: *The level of religiosity and spirituality was Verified, its use as a Coping strategy and, symptoms of depression, stress and anxiety in caregivers of children and adolescents with diabetes type1; and its interference in glycemic control.*

METHODS: *Socio-economic and demographic data Were collected from caregivers of 59 children and adolescents with Diabetes and obtained dosages of Fasting Glucose (FG); Postprandial Glycemia (PPG); Fructosamine (FRUTO), HbA1c, calculated the glycemic variability- Δ HbA1c, total cholesterol (TC) and fractions: high-density lipoprotein (HDL-C); Low-density lipoprotein (LDL-C); Non-high-density lipoprotein (non-HDL-c) and triglycerides (TG). Levels of religiosity were obtained by the DUREL scale; the use of religious/spiritual coping was verified by the SRCOPE scale. The DASS21 scale analyzed symptoms of depression, anxiety and stress. Descriptive statistical analyses were performed. The Student's T-Test was used for the independent groups or ANOVA followed by the Tukey Test of multiple comparisons for 2 or more independent groups. Pearson's coefficient was used to verify the correlation between the variables. In all tests, a significance level of 5%*

was considered, and the data were analyzed with the aid of Statistica V10 and SPSS version 23 software. **RESULTS:** Among The 59 participants, 54.2% ($n = 32$) were less than 40 years old and the majority consisted of female caregivers 93.2% ($n = 55$). Regarding children and adolescents with diabetes 30 (50.8%) were male, 46 (78.0%) Older than 10 years and 38 (64.4%) Time of diagnosis exceeding 5 years. In assessing the religiosity of caregivers, high religiosity averages were observed in the three dimensions evaluated: ORA, NORA and IR. Regarding the use of religiosity in coping with DM1 by caregivers, scores of use considered high of the Total SRCOPE (3.7 ± 0.3) and the average use of the CRP score (3.3 ± 0.6) were observed. The NSRCOPE/PSRCOPE ratio was (0.5 ± 0.2), demonstrating that the use of PSRCOPE was 50% higher in relation to the use of NSRCOPE The severity of symptoms of depression, stress and anxiety was identified as severe in 22.0% ($n = 13$), 44.1% ($n = 26$) and 42.1% ($n = 25$) of caregivers respectively. Regarding glycemic control and lipid profile, it was observed that the mean GJ, GPP, HbA1c and Fructosamine were above the reference values for glycemic control goals for children and adolescents with DM1. The values of TC, HDL-C and LDL-C were in conformity with the referential values. There was an inverse and moderate association between Δ HbA1c and RI; Strong and inverse between FRUTO and ORA and, positive and moderate between TC and NORA. Positive and strong associations were observed between the factor N4 – Dissatisfaction with the other institutional - with anxiety and moderate with stress. Moderate and positive Correlations were identified between N1 – Negative Revaluation of God - with depression; Between N3-negative Revaluation of meaning - with depression; with stress and anxiety, and between N4 - Dissatisfaction with the other institutional - with depression. **CONCLUSION:** High levels of religiosity were observed in the three dimensions evaluated, as well as their use by caregivers of children and adolescents with T1D. It was also Observed that the use of negative religious-spiritual coping in coping with the situation is positively associated with the severity of symptoms of depression, stress and anxiety, implying the need to assess the emotional health of Caregivers, as well as offering support by health professionals to help relieve these symptoms.

Keywords: Spirituality, Religiosity, Caregivers, Diabetes Mellitus type 1, Children and Adolescents.

RESUMEN

SILVA, Adriana Paula da. **EVALUACIÓN Y RELEVANCIA DEL PERFIL DE RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 PARA HACER FRENTE A LA ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL METABÓLICO.** 2019. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2019.

INTRODUCCIÓN: la diabetes mellitus (DM) es una afección metabólica crónica en la que hay un aumento en los niveles de glucosa en sangre debido al fracaso en la acción de secreción o insulina, o ambos. El descubrimiento de la diabetes en un niño plantea dudas, incertidumbres, revuelta y desesperación en la familia. La búsqueda de información es necesaria para aclarar la enfermedad, con el fin de mitigar el fuerte impacto que el diagnóstico de DM causa y, la búsqueda de apoyo en la religión, a través de las oraciones y el apoyo en la fe divina para disminuir el sufrimiento. Los cuidadores informan de síntomas de depresión, estrés y ansiedad, que pueden interferir con el control glucémico de niños y adolescentes con DM1. Por lo tanto, la religiosidad constituye una herramienta importante para comprender la situación, obtener recursos y fortalecerse para afrontar las debilidades impuestas por DM. **OBJETIVO:** se verificó el nivel de religiosidad y espiritualidad, su uso como estrategia de afrontamiento y, síntomas de depresión, estrés y ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con diabetes Type1; y su interferencia en el control glucémico. **MÉTODOS:** se recolectan datos socioeconómicos y demográficos de los cuidadores de 59 niños y adolescentes con diabetes y se obtuvieron dosis de glucosa en ayunas (FG); Glicemia postprandial (PPG); Fructosamina (fruto), HbA1c, calculó la variabilidad glucémica- Δ HbA1c, colesterol total (TC) y fracciones: lipoproteína de alta densidad (HDL-C); Lipoproteína de baja densidad (LDL-C); Lipoproteína no de alta densidad (no HDL-c) y triglicéridos (TG). Los niveles de religiosidad se obtuvieron por la escala DUREL; El uso de la afrontamiento religioso/espiritual fue verificado por la escala SRCOPE. Los síntomas de la depresión, la ansiedad y el estrés fueron analizados por la escala DASS21. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos. La prueba T del estudiante se usó para los grupos independientes o ANOVA seguido de la prueba de Tukey de

comparaciones múltiples para 2 o más grupos independientes. El coeficiente de Pearson se usó para verificar la correlación entre las variables. En todas las pruebas, se consideró un nivel de significancia del 5%, y los datos fueron analizados con la ayuda del software Statistica V10 y SPSS versión 23. **RESULTADOS:** entre los 59 participantes, el 54,2% ($n = 32$) tenían menos de 40 años de antigüedad y la mayoría consistía en cuidadores femeninos 93,2% ($n = 55$). En cuanto a niños y adolescentes con diabetes 30 (50,8%) eran hombres, 46 (78,0%), mayores de 10 años y 38 (64,4%) tiempo de diagnóstico superior a 5 años. En la evaluación de la religiosidad de los cuidadores, se observaron promedios de alta religiosidad en las tres dimensiones evaluadas: ORA, NORA y IR. En cuanto al uso de la religiosidad para lidiar con el DM1 por parte de los cuidadores, observamos puntuaciones de utilización consideradas elevadas en total SRCOPE ($3,7 \pm 0,3$) y la puntuación media de uso de PSRCOPE ($3,3 \pm 0,6$). La relación entre NSRCOPE y PSRCOPE fue ($0,5 \pm 0,2$), demostrando que el uso del PSRCOPE era un 50% superior en relación con el uso del NSRCOPE. La gravedad de los síntomas de la depresión, el estrés y la ansiedad se identificó como grave en 22,0% ($n = 13$), 44,1% ($n = 26$) y 42,1% ($n = 25$) de los cuidadores, respectivamente. En relación con el control glucémico y el perfil lipídico, se observó que los promedios de FG, PPG, HbA1c y Fructosamina estaban por encima de los valores de referencia para los objetivos de control glucémico para niños y adolescentes con DT1. Los valores de TC, HDL-C y LDL-C estaban en conformidad con los valores referenciales. Hubo una Asociación inversa y moderada entre Δ HbA1c y la IR fuerte e inversa entre FRUIT y ORA y, positiva y moderada entre CT y NORA. Se observaron asociaciones positivas y sólidas entre el factor N4 – insatisfacción con el otro institucional - con ansiedad y moderada con el estrés. Se identificaron correlaciones moderadas y positivas entre N1 – revaluación negativa de Dios - con depresión; Entre N3 - negativa la revaluación del significado - con la depresión; Con el estrés y la ansiedad, y entre la N4 - insatisfacción con el otro institucional - con la depresión. **CONCLUSIÓN:** se observaron altos niveles de religiosidad en las tres dimensiones evaluadas, así como su uso por parte de los cuidadores de niños y adolescentes con DM1. También se observó que el uso de la afrontamiento religioso-espiritual negativo para hacer frente a la situación se asocia positivamente con la severidad de los síntomas de la depresión, el estrés y la ansiedad, lo que implica la necesidad de evaluar la salud emocional de Los

cuidadores, así como ofrecer apoyo por los profesionales de la salud para ayudar a aliviar estos síntomas.

Palabras clave: *Espiritualidad, Cuidadores, Diabetes Mellitus, Niños y Adolescente.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Correlação entre RO e CREP nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	93
Figura 2 - Correlação entre RNO e CREP nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	93
Figura 3 - Correlação entre RI e CREP nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	94
Figura 4 - Correlação entre RO e CRETOTAL nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	94
Figura 5 - Correlação entre RNO e CRETOTAL nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	95
Figura 6 - Correlação entre RO e CREP nos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	95
Figura 7 - Correlação entre RI e CREP nos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	96
Figura 8 - Correlação entre RNO e CRETOTAL nos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	96
Figura 9- Correlação entre Idade do cuidador e CREP dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	98

Figura 10 - Correlação entre Renda Familiar e CRETOTAL dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	99
Figura 11 - Correlação entre Renda Familiar e Razão CREN/CREP dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	99
Figura 12 - Correlação entre Renda Familiar e Severidade de Sintomas de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017.....	100
Figura 13 - Correlação entre Idade do cuidador e CA dos adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	102
Figura 14 - Correlação entre RO dos cuidadores e Escore-z de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	103
Figura 15 - Correlação entre RO dos cuidadores e Percentil de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	103
Figura 16 - Correlação entre RO dos cuidadores e CA de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	104
Figura 17 - Correlação entre RI dos cuidadores e CA de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	104
Figura 18 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Escore-z de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	105

Figura 19 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Percentil de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	105
Figura 20 - Correlação entre CREP dos cuidadores e CA de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	106
Figura 21 -Correlação entre Anos de Estudo dos Cuidadores e GPP de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	108
Figura 22 - Correlação entre Anos de Estudo dos Cuidadores e GPP de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	109
Figura 23 - Correlação entre Renda Familiar dos Cuidadores e Frutossamina de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	109
Figura 24 - Correlação entre RI dos cuidadores e Δ HbA1c (%) de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	111
Figura 25 - Correlação entre RO dos cuidadores e Frutossamina de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG Uberaba-MG, 2017	111
Figura 26 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Total de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	112
Figura 27 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Total de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	112

Figura 28 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Total de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	113
Figura 29 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Triglicerídeos de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	113
Figura 30 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Não HDL de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	114
Figura 31 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Glicemia de Jejum de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	116
Figura 32 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Colesterol Total de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	117
Figura 33 - Correlação entre Severidade de Depressão dos cuidadores e Colesterol Total de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	119
Figura 34 - Correlação entre CREN e Severidade de Depressão dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	121
Figura 35 -Correlação entre CREN e Severidade de Estresse dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	122
Figura 36 - Correlação entre CREN e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	122

Figura 37 - Correlação entre CREN e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	123
Figura 38 - Correlação entre CREN e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	123
Figura 39 - Correlação entre CREN e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	124
Figura 40 - Correlação entre CRETOTAL e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	124
Figura 41 - Correlação entre CRETOTAL e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	125
Figura 42 - Correlação entre CRETOTAL e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	125
Figura 43 - Correlação entre Razão CREN/CREP e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	126
Figura 44 - Correlação entre Razão CREN/CREP e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	126
Figura 45 - Correlação entre Razão CREN/CREP e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	127

Figura 46 - Correlação entre Fator N2 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	129
Figura 47 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Depressão dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	130
Figura 48 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Estresse dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	130
Figura 49 - Correlação entre Fator N4 com Severidade de Ansiedade dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	131
Figura 50 - Correlação entre Fator N1 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	131
Figura 51 - Correlação entre Fator N1 e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	132
Figura 52 - Correlação entre Fator N1 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	132
Figura 53 - Correlação entre Fator N2 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	133
Figura 54 - Correlação entre Fator N3 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	133

Figura 55 - Correlação entre Fator N3 e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	134
Figura 56 - Correlação entre Fator N3 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	134
Figura 57 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	135
Figura 58 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	135
Figura 59 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	136
Quadro 1 - Estágios de manifestação do DM1 autoimune e suas características.....	50
Quadro 2 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de diabetes.....	51
Quadro 3 - Pontos de corte para classificação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos de idade	58
Quadro 4 - Pontos de corte para classificação do estado nutricional de adolescentes com 10 anos de idade e menores de 20 anos de idade	58
Quadro 5 - Variáveis	59
Quadro 6 - Grau de instrução do chefe da família.....	59
Quadro 7 - Acesso a serviços públicos	60
Quadro 8 - Cortes do critério Brasil	60

Quadro 9 - Parâmetro de interpretação dos escores da escala CRE-Breve	62
Quadro 10 - Classificação do grau de severidade da depressão, estresse e ansiedade.....	63
Quadro 11 - Classificação do estado nutricional e adequação da circunferência abdominal de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017	71
Quadro 12 - Frequência dos valores médios de HbA1c estratificados segundo metas de controle e faixa etária de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM1.	64
Tabela 2 - Valores referenciais do perfil lipídico para a faixa etária entre 2 e 19 anos.	65
Tabela 3 - Caracterização sócio demográfica dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	68
Tabela 4 - Caracterização sócio demográfica das crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	69
Tabela 5 - Descrição das médias das variáveis antropométricas das crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	70
Tabela 6 - Médias de 3 valores referentes às variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	72
Tabela 7 - Frequências de adequação dos níveis de controle glicêmico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	73
Tabela 8 - Adequação dos níveis de perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	74
Tabela 9 - Resultados da avaliação da religiosidade e <i>coping</i> religioso-espiritual dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017.	76
Tabela 10 - Representação dos valores da avaliação da severidade dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade nos cuidadores de crianças e adolescentes	

assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017.77

Tabela 11 - Representação dos valores da avaliação dos níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca nos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017.78

Tabela 12 - Representação dos valores da interpretação do *coping* religioso-espiritual positivo, negativo e total nos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 201779

Tabela 13 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos Religiosidade Organizacional Baixa e alta de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....81

Tabela 14 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos Religiosidade Não Organizacional baixa e alta de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....82

Tabela 15 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes menores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos Religiosidade Intrínseca Baixa e alta de seus cuidadores, Uberaba-MG, 201783

Tabela 16 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos *coping* religioso-espiritual positivo irrisório a baixo, médio e alto a altíssimo de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....85

Tabela 17 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes

da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos <i>coping</i> religioso-espiritual negativo irrisório a baixo e médio de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017	86
Tabela 18 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos <i>coping</i> religioso-espiritual total irrisório a baixo e médio de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017	87
Tabela 19 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro segundo a severidade de depressão de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.	89
Tabela 20 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro segundo a severidade de estresse de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.	90
Tabela 21 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro segundo a severidade de ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.	91
Tabela 22 - Correlação entre níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca e <i>coping</i> religioso-espiritual severidade e, severidade de depressão, estresse e nos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017	95
Tabela 23 - Correlação entre religiosidade, <i>coping</i> religioso-espiritual, severidade de depressão, estresse e ansiedade e variáveis sócio demográficas dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017.	98
Tabela 24 - Correlação entre variáveis antropométricas de crianças e adolescentes, maiores de 10 anos de idade, assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e variáveis sócio demográficas,	

religiosidade, *coping* religioso-espiritual, severidade de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....103

Tabela 25 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com variáveis sócio demográficas de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....109

Tabela 26 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e religiosidade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.110

Tabela 27 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes menores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e *coping* religioso-espiritual de seus cuidadores, Uberaba-MG,Brasil, 2017.116

Tabela 28 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com a severidade de depressão, estresse e ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....120

Tabela 29 - Correlação entre *coping* religioso-espiritual com a severidade de depressão, estresse e ansiedade dos seus cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017.....120

Tabela 30 - Correlação entre os fatores *coping* religioso-espiritual negativo com a severidade de depressão, estresse e ansiedade dos seus cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil 2017137

LISTA DE ABREVIATURAS

Δ HbA1c – Delta da Hemoglobina Glicada – diferença entre o maior e o menor valor de 3 valores de Hemoglobina Glicada

ADA – American Diabetes Association

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

Anti-GAD – Anticorpo anti descarboxilase do ácido glutâmico

CA – Circunferência Abdominal

CAD – Cetoacidose diabética

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CRE – *Coping* Religioso e Espiritual

CRE negativo - *Coping* Religioso e Espiritual Negativo

CRE positivo - *Coping* Religioso e Espiritual Positivo

CRE Total - *Coping* Religioso e Espiritual Total

CRE-Breve - *Coping* Religioso e Espiritual Breve

CREN - *Coping* Religioso e Espiritual Negativo

CREP – *Coping* Religioso e Espiritual Positivo

CT – Colesterol Total

DASS-21 – *Depression, Anxiety and Stress Scale with 21 items*

DM – Diabetes Mellitus

DM1 – *Diabetes Mellitus tipo 1*

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

Escore-z de IMC – Escore-z de Índice de Massa Corporal

FRUTO – Frutosamina

GAD – Descarboxilase do ácido glutâmico

GJ – Glicemia de jejum

GPP – Glicemia pós prandial

HbA1C – Hemoglobina Glicada

HC/UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

HDL-c – High Density Lipoprotein – cholesterol

HIV/AIDS – Vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da imuno deficiência Adquirida

IA2 – Anticorpo antitirosina-fosfatase 2

IA-2B – Anticorpo antitirosina-fosfatase 2B

IAA – Anticorpo anti insulina

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística

ICA – Autoanticorpos anti-ilhotas de Langerhans

IDF – International Diabetes Federation

IMC - Índice de Massa Corporal

Lc – Evangelho segundo Lucas

LDL-c - High Density Lipoprotein – cholesterol

LSE – Levantamento Sócioeconômico

MS – Ministério da Saúde

Mt – Evangelho segundo Mateus

Não-HDL-c – No high density lipoprotein cholesterol

OMS – Organização Mundial de Saúde

R/E – Religiosidade/Espiritualidade

Razão CREN/CREP – Razão *Coping* Religioso e Espiritual Negativo/ *Coping* Religioso e Espiritual Positivo

RI – Religiosidade Intrínseca

RNO – Religiosidade Não Organizacional

RO – Religiosidade Organizacional

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SM – Salários Mínimos

SPSS – Statistical Package for the Social Siences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TG – Triglicerídeos

TOTG – Teste oral de tolerância à glicose

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

WHO – World Health Organization

ZnT8 – Anticorpo antitransportador de zinco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	37
1.1 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	37
1.2 RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA E EXTRÍNSECA	41
1.3 <i>COPING</i>	42
1.3.1 Tipos de <i>Coping</i>	42
1.3.2 <i>Coping</i> Religioso e Espiritual (CRE)	43
1.4 DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE	46
1.5 DIABETES	47
1.5.1 Diabetes, Religiosidade, <i>Coping</i> Religioso/Espiritual, Depressão, Estresse e Ansiedade em cuidadores de crianças e adolescentes com Diabetes	51
2 JUSTIFICATIVA	53
3 HIPÓTESE	53
4 OBJETIVOS	54
4.1 OBJETIVO GERAL	54
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	54
5.1 DESENHO DA PESQUISA	54
5.2 LOCAL DE ESTUDO	54
5.3 POPULAÇÃO	55
5.4 CÁLCULO AMOSTRAL E AMOSTRA	55
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	55

5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	56
5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	56
5.8 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	56
5.8.1 Ficha de Identificação	56
5.8.2 Avaliação Antropométrica	57
5.8.3 Questionário de Classificação Socioeconômica	58
5.8.4 Índice de religiosidade da Universidade de DUKE (Durel)	60
5.8.5 Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual - abreviada (CRE-BREVE)	61
5.8.6 Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (DASS-21)	62
5.8.7 Avaliação laboratorial	63
5.9 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	65
5.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	66
6 RESULTADOS.....	66
6.1 RESULTADOS DESCRITIVOS.....	66
6.2 RESULTADOS INFERENCIAIS	79
6.2.1 Comportamento das variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes segundo níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca de seus cuidadores	79
6.2.2 Comportamento das variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes segundo uso de <i>coping</i> religioso/espiritual positivo, <i>coping</i> religioso/espiritual negativo e <i>coping</i> religioso/espiritual total por seus cuidadores	83
6.2.3 Correlações.....	92

6.2.3.1 Correlações entre as dimensões de religiosidade, coping religioso-espiritual e sintomas de severidade de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017.....	92
6.2.3.2 Correlações entre as variáveis sócio demográficas e as dimensões de religiosidade, coping religioso-espiritual e sintomas de severidade de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017.....	98
6.2.3.3 Correlações entre as variáveis antropométricas de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com as variáveis sócio demográficas, dimensões de religiosidade, coping religioso-espiritual e sintomas de severidade de depressão, estresse e ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....	101
6.2.3.4 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e as variáveis sócio demográficas de seus cuidadores	108
6.2.3.5 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com RO, RNO E RI dos cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....	110
6.2.3.6 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com CREP, CREN, CRETOTAL e CREN/CREP de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....	116
6.2.3.7 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017.....	118

6.2.3.8 Correlações entre CREP, CRETOTAL E CREN/CREP com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017.....	120
7 DISCUSSÃO	137
7.1 ACHADOS DESCRITIVOS	137
7.1.1 Predomínio de cuidadores do sexo feminino	137
7.1.2 Classe Econômica.....	138
7.1.3 Anos de estudo	139
7.1.4 Afiliação religiosa.....	139
7.1.5 Antropometria.....	140
7.1.6 Controle glicêmico e perfil lipídico	141
7.1.7 Religiosidade/Espiritualidade e <i>Coping</i> Religioso-Espiritual.....	143
7.1.8 Depressão, estresse e ansiedade	145
7.2 ANÁLISES COMPARATIVAS	146
7.2.1 Dimensões de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, controle glicêmico e perfil lipídico	146
7.2.2 <i>Coping</i> Religioso/Espiritual x controle glicêmico e perfil lipídico	147
7.3 ANÁLISES CORRELACIONAIS	148
7.3.1 Correlação entre os níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, <i>Coping</i> Religioso-Espiritual e Depressão, Estresse e Ansiedade	148

7.3.2 Correlação entre Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca <i>Coping</i> Religioso-Espiritual, Depressão, Estresse, Ansiedade com variáveis sócio-demográficas dos cuidadores	149
7.3.3 Correlação entre Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, <i>Coping</i> R/E, Depressão, Estresse, Ansiedade, variáveis sócio-demográficas dos cuidadores com variáveis antropométricas	150
7.3.4 Correlação entre variáveis sócio-demográficas dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico	151
7.3.5 Correlação entre as dimensões de religiosidade dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico	152
7.3.6 Correlação entre <i>Coping</i> Religioso-Espiritual dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico	154
7.3.7 Correlação entre Severidade de sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico.	155
7.3.8 Correlação entre <i>Coping</i> Religioso-Espiritual com Severidade de sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos cuidadores.....	155
7.3.9 Correlação entre fatores de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo com Severidade de sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos cuidadores.	156
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	158
9 CONCLUSÕES	158
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS.....	162
APÊNDICE A – TCLE	172

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO	173
APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE.....	174
APÊNDICE D – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADORES.....	175
APÊNDICE E – EXAMES LABORATORIAIS.....	176
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA	177
ANEXO B – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERIDADE DE DUKE (DUREL)	179
ANEXO C – ESCALA DE <i>COPING</i> RELIGIOSO-ESPIRITUAL (CRE).....	180
ANEXO D – ESCALA CRE-BREVE- INTERPRETAÇÃO DOS ESCORES	185
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA CRE-BREVE	188
ANEXO F – ESCALA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO (DASS-21)	189
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	190
ANEXO H.....	191

1 INTRODUÇÃO

1.1 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Desde os tempos mais remotos da história da humanidade se tem conhecimento da relação entre saúde e religião. As doenças já estavam presentes mesmo antes da aparição do ser humano sobre a terra. Na América Pré-colombiana as enfermidades eram tratadas por uma mistura de magia, religião e empirismo. Religião porque se acreditava que alguns deuses eram os causadores das doenças e outros protegiam seus devotos; magia porque a doença era consequência de encantamentos de defetos e, empirismo porque as plantas e minerais faziam parte do tratamento das doenças sendo algumas técnicas mantidas até a atualidade. Na Suméria utilizava-se o cordeiro como símbolo para expulsar o “Demônio da doença e da dor”. Tratava-se de uma espécie de ritual em que o demônio seria expulso da pessoa e se apossaria do corpo do cordeiro e este então era sacrificado ou banido para morrer no deserto (LYONS, 1997a; BOSCH; PETRUCCELLI, 1997; SCHWARTZMANN, 2018).

A saúde e a doença sempre foram representadas entre os seres humanos, o ambiente e os outros seres que o cercam. O natural e o sobrenatural instigam os sentidos, marcando tradições culturais e espirituais, valores e crenças nas diferentes culturas. O sobrenatural era parte de todas as coisas e, assim, afetava a saúde. A culpa, o temor, crenças fantasiosas, mistérios envolvendo elementos da natureza como o fogo, o ar, a terra e as estrelas estariam ligados às expressões das doenças, à dor e ao sofrimento por elas causados, às impressões de injúria física e mental, à decomposição da matéria e à morte iminente (SEVALHO, 1993; LYONS, 1997b).

Quando as pessoas não estão doentes experimentam sentimentos de espiritualidade e conexão com a ordem divina, a qual recebe diferentes denominações conforme a afiliação religiosa ou concepção filosófica. Na situação de doença esses sentimentos também estão presentes ainda que sejam percebidos como indiferença por parte de Deus, dúvidas quanto à crença ou esperança de cura e saúde durante o curso da doença (MARQUES, 2003).

Saúde não tem a mesma representação para todos os indivíduos. Depende do contexto em que o indivíduo está inserido: cultura, religião, valores, filosofia de vida. Pode se dizer o mesmo a respeito da doença. Para se ter ideia o desejo de

fuga e falta de motivação para o trabalho por escravos já foi considerado doença e havia proposta de tratamento para tal (SCLIAR, 2007).

Real ou fantasiosa a doença tem sido companhia do ser humano, o que se pode verificar em achados arqueológicos como as múmias egípcias. A concepção mágico-religiosa se basearia na premissa de que a doença se instalaria no organismo resultante da ação de forças externas devido ao pecado ou maldição. Há documentação nos hieróglifos relatando rituais de exorcismo através de imposição das mãos em nome do Deus Hórus. O diagnóstico consistia em descobrir se a origem do castigo era proveniente de pessoa ou espírito. Os hebreus acreditavam que a doença seria uma representação da cólera divina e não necessariamente atribuída a ação demoníaca ou de espíritos maus. Em culturas Xamânicas tanto as doenças como a cura das mesmas teria relação com o divino ou o Superior. Seriam consequências de punições ou vingança e a cura seria o resultado da invocação, através de rituais, para resgatar o doente à condição de saúde expulsando os maus espíritos (PRIORESCHI, 1995; BYNUM; PORTER, 1997; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001a; CRIVELLATO; RIBATTI, 2007; SCLIAR, 2007).

Na Grécia, filósofos clássicos como Sócrates, Platão e Aristóteles (500-300 a.C) faziam abordagem sobre a origem da alma e virtudes e, suas ideias seriam base para o pensamento ocidental. A doença já era enxergada por médiuns gregos como parte do processo natural. Templos hebreus eram usados pelos sacerdotes para cuidar dos doentes. Os discípulos de Jesus praticavam a caridade cuidando de doentes excluídos, como os portadores do “mal de Hansen” (PRIORESCHI, 1995; BYNUM; PORTER, 1997; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001a; CRIVELLATO; RIBATTI, 2007).

Em “Lc. 10:30-37”, a parábola do *Bom Samaritano* apresenta uma versão diferente para o processo de cura, considerando não apenas a enfermidade, mas também o enfermo. A relação do conceito de caridade cristã e o tratamento das doenças estabelece uma ligação entre a igreja e o interesse pelo enfermo. Por volta do ano 300 d.C o imperador romano Constantino concede tolerância religiosa universal equiparando o cristianismo às demais religiões do império. Assim os cristãos professavam sua fé e, neste período, começaram a surgir as ordens religiosas como a dos Beneditinos criada por São Bento e, inaugurada a “Medicina Monástica” ao redor dos conventos. Na idade média persistiu a concepção de doença como consequência do pecado e a cura uma questão de fé devido a

influência da igreja. Durante o Renascimento, quando ocorreram profundas transformações na sociedade humana, teve início a fragmentação entre o corpo e o espírito, separação entre a ciência e a religião sob a influência de René Descartes ao final do século XVI, quando começaram os questionamentos sobre as bases religiosas do pensamento na Europa (PETRUCELLI, 1997; ROMEIRA, 1998; GOTTSCHALL, 2007; SCLIAR, 2007; VALENTE et al., 2016).

A teoria da Evolução de Darwin, no século XIX, os estudos de Weber, Marx e Durkheim colaboraram para aumentar ainda mais a distância entre o conhecimento científico e temas ligados à fé. Kardec (2013), no Evangelho segundo o Espiritismo, cita que a falta de entendimento entre a ciência e a religião as repelia mutuamente devido ao exame das coisas sob ponto de vista exclusivista de cada parte. Era chegado o tempo em que a ciência deixaria de ser materialista e se inteiraria do elemento espiritual e a religião, por sua vez, não ignoraria as leis orgânicas e imutáveis da matéria e, essas duas forças se apoiariam mutuamente andando juntas (KARDEC, 2013; VALENTE et al., 2016).

No entanto o distanciamento entre religião e ciência persistiu até meados do século XX. A partir de sua segunda metade tem acontecido tentativas de reaproximação entre aspectos da subjetividade humana, como a espiritualidade, a religiosidade e a ciência. Kenneth Vaux (1976), na década de 1970, é um exemplo dessas tentativas ao estudar as relações entre saúde e religião. Nos anos 1980 surgem pesquisas científicas tratando de temas sobre espiritualidade e religiosidade e o impacto dessas variáveis sobre a saúde. No final do século XX, em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde: “um estado dinâmico de completo desenvolvimento físico, mental, espiritual e o bem-estar social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, mostrando interesse em aprofundar pesquisas sobre a influência da espiritualidade na saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; KOENIG, 2015; VALENTE et al., 2016).

Ainda é frequente o uso equivalente dos conceitos de Religião, Religiosidade e Espiritualidade, mas nas últimas décadas esses conceitos passaram a ser vistos independentemente. A espiritualidade pode ser entendida como a busca de significado e sentido para a vida, suas relações com o sagrado e transcendente. Eleva a experiência do coração e do sentir humanos a algo além da existência e não está necessariamente ligada a uma afiliação religiosa. A religião é definida como um

conjunto de práticas, crenças relacionadas ao transcendente, com sustentação em rituais e valores dentro de um sistema organizado. A religiosidade pode ser definida em quanto o indivíduo crê, pratica e segue uma religião, como ações desempenhadas relacionadas à religião (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001a; VALENTE et al., 2016).

É de fundamental importância distinguir entre os termos espiritualidade, religiosidade e religião. Os limites são tênues na medida em que a espiritualidade pode se desenvolver dentro de uma religião e a religiosidade seria explicada pela prática de atividades relacionadas a uma religião, sem necessidade de ligação com a mesma. A religião se caracteriza pela adoção de doutrinas e rituais que envolvem preceitos morais e éticos, os quais devem ser cumpridos e obedecidos. Há uma complementação entre espiritualidade e religião, porém, estas não se confundem. A primeira é parte da vivência do ser humano e a segunda uma instituição criada pelo ser humano (SOUZA, 2010; SILVA; SILVA, 2014).

Vários estudos foram publicados a partir dos anos 1960 retratando a relação entre a religiosidade, a espiritualidade e a saúde. Evidências identificaram que a espiritualidade é uma fonte de força e adaptação, associando-se a fatores de bem-estar psicológico, conexão social, satisfação, felicidade e menor frequência de depressão. O primeiro periódico indexado no PubMed e dedicado ao tema surgiu nesse período: o *Journal of Religion and Health* (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006).

Nas décadas seguintes surgiram conceitos desenvolvidos em inúmeros estudos, associando a relação entre a Religiosidade/Espiritualidade (R/E) a desfechos positivos na saúde (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

O *Handbook of Religion and Health*, através de uma criteriosa revisão sistemática, apresentou mais de 1200 estudos abordando a relação R/E e saúde publicados no século XX (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b). Esses estudos demonstraram um papel significativo da R/E na vida das pessoas, de modo positivo, no enfrentamento de doenças, como fator protetor em comportamentos e emoções negativas, redução de sintomas da depressão, suicídio e delinquência. Em sua segunda edição, publicada em 2012, contém 2100 estudos relacionados aos anteriores, propiciando maior compreensão da R/E e sua relação com a saúde (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

No censo de 2010 o IBGE (BRASIL, 2013) divulgou que o envolvimento religioso no Brasil, correspondia a 91,8% sendo: 88,8% de afiliados a crenças cristãs (católicos, evangélicos e espíritas, 0,3% de afiliações afro-brasileiras (umbanda e candomblé). Moreira-Almeida et al. (2010) em um estudo envolvendo 3007 indivíduos demonstrou altos níveis de envolvimento religioso e as afiliações cristãs corresponderam a 93,5% e as afro-brasileiras a 0,9%. Dos participantes 83% declararam a religião como “muito importante em suas vidas” (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010; BRASIL, 2013).

Em uma revisão, Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), verificaram que quanto maior o envolvimento com a religião, mais positivos são os indicadores de bem estar psicológico (felicidade, satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado) e menos depressão, tendências suicidas e abuso de álcool e drogas.

1.2 RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA E EXTRÍNSECA

Foi proposto pelos autores Allport e Ross (1967) uma diferenciação entre religiosidade intrínseca e extrínseca.

A religiosidade intrínseca (RI) é caracterizada pela vivência da religião a que o indivíduo se filia. Trata-se de uma experiência religiosa que é um fim em si mesma, com um significado através do qual tudo é compreendido. Por outro lado, a religiosidade extrínseca é caracterizada pela vivência social da religião. O uso da religião é um meio para satisfação de outras necessidades tais como distração, sociabilidade e *status*. A pessoa com motivação extrínseca faz uso da religião, enquanto a motivação intrínseca a faz viver a religião (ALLPORT; ROSS, 1967; LOTUFO NETO; LOTUFO JUNIOR; MARTINS, 2009).

A religião é o bem maior dos indivíduos com religiosidade intrínseca e estes possuem um nível maior de envolvimento religioso ou motivação religiosa e, têm a facilidade de encontrar um maior significado da vida na R/E (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001a; KOENIG; BÜSSING, 2010). Não são considerados religiosos os indivíduos que utilizam a religiosidade extrínseca, pois utilizam a religião para obter interesses pessoais, os quais não são necessariamente religiosos (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001a; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

A religiosidade apresenta, ainda, duas dimensões: a religiosidade organizacional (RO) e a não-organizacional (RNO) e são aspectos frequentemente abordados nos estudos relacionados à saúde. A dimensão RO se refere à frequência com que o indivíduo vai a templos religioso ou igrejas, enquanto a RNO diz respeito à leitura da bíblia ou textos religiosos, assistir programas religiosos ou apenas rezar (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008; LUCCHETTI et al., 2012).

1.3 *COPING*

Coping é uma palavra de origem inglesa usada no Brasil para conceituar o conjunto de estratégias utilizadas para administrar ou enfrentar situações difíceis e estressantes, positivas ou negativas, físicas ou emocionais que ocorrem no dia a dia (LISBOA et al., 2002; PEREIRA; BRANCO, 2016).

Merecem destaque três gerações de pesquisadores vinculados ao estudo do *coping*. A primeira geração, no início do século XX, formada por pesquisadores vinculados à psicologia do ego. *Coping* foi definido como um mecanismo de defesa do ego, para lidar com problemas sexuais e agressivos, ocorrendo estes de forma inconsciente (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; 1985; FOLKMAN, 1984).

A segunda geração, nas décadas de 1960-1980, buscou destacar os determinantes situacionais e cognitivos dos comportamentos de *coping*. Dessa forma, a função do *coping* é administrar a situação estressante que pode ocorrer no processo ou interação entre a pessoa e o ambiente, considerando que cada um afeta e é afetado pelo outro. O grupo de estudos de Lazarus e Folkman (1984), se destacou nesse contexto impulsionando avanços na pesquisa científica.

Na terceira geração, os pesquisadores buscaram compreender as convergências entre as estratégias de enfrentamento, fatores sociodemográficos, características de personalidade e fatores do contexto social (FOLKMAN; LAZARUS, 1980, 1985; FOLKMAN, 1984).

1.3.1 Tipos de *Coping*

Dentre os modelos de *coping* existentes, o mais compreensível e utilizado é definido por Folkman e Lazarus (1980) como união de esforços cognitivos e comportamentais, utilizada pelos indivíduos para o enfrentamento de situações

específicas, que surgem durante episódios geradores de estresse. As estratégias podem variar de acordo com cada momento vivenciado, refletindo-se nos pensamentos, ações ou nos comportamentos, de forma a lidar com a situação estressora.

Para Folkman e Lazarus (1980), o *coping* é dividido em duas categorias definidas como estratégias de *coping*:

1. *Coping* focalizado no problema: Essa estratégia consiste em agir na origem da situação estressante na tentativa de modificar ou alterar o problema existente ocasionado pela relação entre pessoa e ambiente. Pode ocorrer um direcionamento interno incluindo reavaliação cognitiva (redefinição do agente estressor) ou, externa em que o auxílio de terceiros pode ser necessário.
2. *Coping* focalizado na emoção: esforço para adequar do estado emocional associado ao estresse ou aos agentes estressantes. O indivíduo busca caminhos, como atividade física, lazeres ou outra atividade que desvie seu foco da situação estressante para atenuar ou reduzir o desconforto, modificando o estado emocional, sem alterar objetivamente a situação estressante.

As estratégias de *coping* estão relacionadas às atitudes cognitivas e mudanças comportamentais adotados durante o curso de uma situação estressante. O modo como as pessoas lidam com o estresse cria estilos de *coping*, os quais podem influenciar as reações em novas situações. O estilo de *coping* é definido como a tendência de usar uma estratégia ou reação de *coping* em maior ou menor grau frente à situação estressante, não se trata de preferência sobre qual estratégia deve ser adotada (SCHEIER; CARVER; BRIDGES, 1994).

1.3.2 Coping Religioso e Espiritual (CRE)

O uso de práticas e crenças religiosas como estratégia para lidar com situações estressantes é chamado de *Coping* Religioso e Espiritual (CRE). O envolvimento com práticas religiosas fornece suporte para a solução de problemas e reduz os efeitos emocionais negativos (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998).

Dependendo da situação geradora de estresse estilos de *coping* podem ser utilizados em maior ou menor grau. Há cinco estilos de *coping*, sendo que os três primeiros foram propostos por Pargament et al. (1998). O quarto estilo foi proposto por Pargament (1997) em outra abordagem religiosa e o quinto estilo de *coping*, foi definido como um estilo adicional por Wong-McDonald e Gorsuch (2000). Os estilos são definidos a seguir:

1. Colaboração – buscado com Deus – antecipa que há uma parceria entre Deus e o próprio indivíduo para resolver os problemas, as duas partes são corresponsáveis pelas resoluções;
2. Delegação – buscado por Deus – o indivíduo espera que Deus resolva todos os problemas, deixando toda sua responsabilidade sobre Ele;
3. Autodireção – buscado pelo *self* - o indivíduo é o responsável pela busca de resoluções. Deus atua mais discretamente concedendo a liberdade e recursos para as pessoas conduzirem suas vidas;
4. Súplica – buscado através de Deus - é a tentativa do indivíduo de influenciar a vontade de Deus através de pedidos e rogativas pela intervenção divina no sentido de resolução do problema;
5. Renúncia – buscado pelo *self* através da submissão a Deus – o indivíduo renuncia sua vontade em favor de Deus. Teoricamente esse estilo se baseou na passagem do Novo Testamento (Mt 26:39): *Indo (Jesus) um pouco mais adiante, prostrou-se com o rosto em terra e orou: "Meu Pai, se for possível, afasta de mim este cálice; contudo, não seja como eu quero, mas sim como tu queres."*

Nem todas as definições do CRE mencionam a espiritualidade, mas há que se considerar esta como uma forma importante de enfrentamento. As estratégias de enfrentamento são denominadas adaptativas positivas (CRE positivo) quando relacionadas a medidas que acarretarão benefícios ou mal adaptativas (CRE negativo), que não serão benéficas ao indivíduo, ocasionando consequências negativas. Quando as estratégias de CRE positivo (CREP) estiverem relacionadas a um pedido, porém respeitando a vontade de Deus, serão constituídas pelos estilos de renúncia, colaboração, auto direção e súplica. Quando o indivíduo recorre a Deus, com intenção de mudar Sua vontade em benefício próprio estará usando

estratégias de delegação e súplica, as quais compõem o CRE negativo (CREN) (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

As estratégias adaptativas positivas (CREP) são definidas como:

- Reavaliação religiosa benevolente: através da religião como benevolente, é redefinido o estressor.
- *Coping* religioso colaboração: tentar solucionar os problemas com auxílio de Deus.
- Foco religioso: busca na religião conforto e alívio para situações estressantes.
- Ajuda através da religião: oferecer apoio espiritual a todos.
- Apoio espiritual: busca através de Deus pela segurança.
- Apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa: procura de apoio e conforto através do amor dos membros e frequentadores da instituição religiosa.
- Perdão religioso: procura ajuda na religião para modificar os sentimentos de mágoa e raiva.
- Conexão espiritual: conexão com as forças transcendentais.
(PARGAMENT et al., 1998; PARGAMENT et al., 2001).

As estratégias adaptativas negativas (CREN) são definidas abaixo:

- Reavaliação de Deus como punitivo: redefinir o estressor de acordo com pecados individuais, com aplicações de punições.
- Reavaliação demoníaca ou malévola: redefinir o estressor com atos do mal ou do demônio.
- Reavaliação dos poderes de Deus: redefinição dos poderes de Deus sobre uma situação estressante.
- *Coping* religioso delegação: esperar que Deus possa resolver todos os problemas.
- Descontentamento espiritual: descontentamento com Deus, demonstrando confusões.
- Descontentamento religioso interpessoal: descontentamento com os frequentadores ou membros da instituição religiosa.

- Intervenção divina: súplica pela intervenção divina.
(PARGAMENT et al., 1998; PARGAMENT et al., 2001).

No estudo de Pargament et al. (1998), foi demonstrado que as estratégias adaptativas positivas são mais utilizadas no dia a dia do que as negativas em situações estressantes. Deste modo o uso do enfrentamento religioso e espiritual, a crença em Deus ou em uma entidade superior e participação em atividades em instituições religiosas estão associado a uma melhor qualidade de vida com consequências benéficas para a saúde. (STANLEY et al., 2011). Com o passar dos anos a busca pela religião aumenta principalmente quando uma doença crônica, como o Diabetes Mellitus (DM), é rotina na vida do indivíduo (KOENIG, 2012).

1.4 DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE

A depressão é um transtorno de humor com diferentes graus de severidade caracterizada por um estado de tristeza, perda de interesse pela vida, falta de motivação, baixa autoestima, perda do apetite, insônia e baixa concentração. Essa condição pode persistir por longos períodos e causar sérios prejuízos para a vida, com comprometimento nos relacionamentos familiares, sociais e laborais e da própria vida com aumento do risco de auto extermínio (LAFER et al., 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). O estresse é fruto da relação do indivíduo com o ambiente, em que o equilíbrio ou estabilidade orgânica é ameaçado por uma situação adversa originada dessa relação. O desconforto gerado excede os recursos pessoais, interfere no desempenho profissional, acadêmico e na saúde das pessoas. A ameaça produzida pelo estresse pode ser real ou imaginária, mas perturba o equilíbrio interno (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; CHAMON; SANTOS; CHAMON, 2008; BERNIK; LOPES, 2011; SANTOS et al., 2017).

Qualquer mudança que afeta a vida de uma pessoa é um agente estressor, sendo que este pode variar amplamente sua natureza, podendo ser formado por diversos componentes, desde fatores psicossociais e comportamentais, como frustração, ansiedade e sobrecarga (SELYE, 1975). O estresse é uma variável múltipla e um inevitável aspecto da vida (PANZINI; BANDEIRA, 2005). Vários autores descrevem as mudanças neurológicas e neuroquímicas decorrentes da ação de agentes estressores afetando os sentidos da percepção, o equilíbrio hormonal, a

função respiratória, a pele, o trato urogenital, sistemas digestório e cardiovascular (NOBLE, 2002; CRAMER, 2003). A exposição frequente, intensa ou crônica ao estresse está associada a numerosos efeitos adversos na saúde física e mental (BOUDREAUX et al., 1995).

Expandindo a definição de estresse para o ambiente familiar trata-se de uma perturbação na estabilidade, a qual pode se originar externamente, como em situações de guerra, catástrofes naturais (tsunamis, terremotos, furacões, etc.) ou internamente como em situações de doença, morte, separação dos cônjuges, etc. Seja qual for a origem há uma ameaça à estabilidade do sistema. O aumento do nível de estresse compromete os papéis desempenhados por seus membros e eleva os sintomas psicossomáticos sinalizando perigo. Algumas famílias suportam bem o estresse e se mantêm estáveis, mesmo quando apenas um membro está sob a tensão devido à situação estressante (BOSS; BRYANT; MANCINI, 2017).

A ansiedade pode ser definida como um sentimento de incerteza e medo relacionado ao futuro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), considerada por Bernik e Lopes (2011) como parte da experiência humana e constituída de componentes fisiológicos e psicológicos. Segundo esses autores o estresse pode evoluir para ansiedade patológica ou mesmo para depressão. Apóstolo (2010) afirma que nem todos os indivíduos com ansiedade apresentam sintomas depressivos ou o contrário, mas na ansiedade os sintomas de depressão inexistem ou são insignificantes. É mais comum a ansiedade pura sem sintomas depressivos do que a ausência de sintomas de ansiedade na depressão pura.

1.5 DIABETES

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma condição metabólica complexa e crônica em que ocorre aumento dos níveis de glicose no sangue devido a falha na secreção ou na ação da insulina, ou ambas (DEFRONZO et al., 2015; MAYER-DAVIS et al., 2018). A hiperglicemia quando não tratada pode causar danos aos órgãos levando a desenvolvimento de complicações como doenças cardiovasculares, neuropatia diabética, nefropatia diabética e cegueira (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017). Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF) em 2017 a prevalência global de DM era estimada em 8,8% nos indivíduos com idade entre 20 e 79 anos somando 425 milhões de pessoas com DM. Nesse mesmo ano o Brasil

ocupava a quarta posição mundial em número de pessoas com DM: 11,5 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos e, a quinta posição em número de pessoas com DM não diagnosticado (5,7 milhões). Somavam 88.300 crianças e adolescentes menores de 20 anos com DM1. Estima-se que em 2045 serão 20,6 milhões de pessoas com DM entre 20 e 79 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

A proporção relativa entre Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) não é bem conhecida em países de média e baixa renda, porém nos países de alta renda estima-se que 91 % dos casos se devam ao DM2, 7 a 12% são DM1 e 1 a 3% referente a outros tipos de Diabetes. Em relação ao número de novos casos de DM1 por ano, o Brasil ocupa o terceiro lugar no mundo, tanto para crianças e adolescentes menores de 20 anos (9600 novos casos/ano) quanto para menores de 15 anos (7600 novos casos/ano) (HOLMAN; YOUNG; GADSBY, 2015; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

O DM representa um problema de saúde pública para qualquer país independente do seu grau de desenvolvimento, implicando em carga econômica e social devido aos custos do tratamento das complicações e à diminuição da qualidade de vida e produtividade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Visto que o DM é de etiologia heterogênea a maioria dos casos pode ser classificado em duas amplas categorias:

1. DM1 é caracterizado primariamente pela deficiência absoluta de insulina causada pela destruição das células β pancreáticas. A destruição das células β é de etiologia autoimune mediada pela presença de anticorpos. Os marcadores séricos de autoimunidade das células β incluem GAD, IA2, IAA E ZnT8 (MAYER-DAVIS et al., 2017).
2. DM2 é caracterizado por hiperglicemia decorrente da resistência periférica à ação da insulina, ou deficiência parcial na secreção de insulina, ou falha genética ou toxicidade adquirida à glicose, lipotoxicidade ou outros mecanismos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017; MAYER-DAVIS et al., 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

3. Diabetes gestacional (DMG) geralmente acomete mulheres grávidas no segundo ou terceiro trimestre gestacional, sendo os casos diagnosticados no primeiro trimestre considerados diabetes prévio não diagnosticado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).
4. Outros tipos de Diabetes devido a outras causas, como por exemplo síndromes monogênicas de Diabetes (diabetes neonatal, tipo *MODY-maturity-onset diabetes of the Young*), doenças do pâncreas exócrino (pancreatite e fibrose cística) e Diabetes induzido por drogas ou substâncias químicas (como uso de glicocorticoides, tratamento de HIV/AIDS, ou pós transplante de órgãos) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

O DM1 é mais frequentemente diagnosticado na infância e adolescência, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária, acometendo igualmente ambos os sexos. É a doença crônica mais comum na infância e adolescência. O DM1 de etiologia auto imune é denominado tipo 1A, cuja associação com auto anticorpos é uma valiosa ferramenta diagnóstica diferencial e, embora se observe um aumento da prevalência do DM1, corresponde a apenas 5 a 10 % de todos os casos de DM. Uma outra forma de apresentação, mais frequente no adulto, é denominada *latent autoimmune diabetes of the adult* - LADA (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; MAYER-DAVIS et al., 2018).

A destruição das células β é crônica e imuno mediada levando a deficiência parcial ou total da secreção de insulina, a qual se torna sintomática quando há uma destruição em torno de 90 % das células β . Os marcadores auto imunes incluem os auto anticorpos anti-ilhotas (ICA), anti-insulina IAA, anticorpo antitirosina-fosfatase IA-2 e IA-2B, anticorpo anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD) e anticorpo anti-transportador de zinco ZnT8. São três os estágios evolutivos do DM1 autoimune, conforme o quadro 1:

Quadro 1 - Estágios de manifestação do DM1 autoimune e suas características

	Estágios		
	1	2	3
Autoimunidade	Anticorpos positivos	Anticorpos positivos	Anticorpos positivos
Níveis glicêmicos para diagnóstico	Normoglicemia: glicemia de jejum, TOTG e HbA1c normais	Disglicemia: níveis glicêmicos alterados, compatíveis com pré-diabetes (jejum entre 100 e 125 mg/dL, 2 horas após TOTG entre 140 e 199 mg/dL, ou HbA1c entre 5,7 e 6,4%,	Hiperglicemia evidente e de início recente, critérios clássicos para diagnóstico de DM (glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, 2 horas após TOTG ≥ 200 mg/dL, ou HbA1c $\geq 6,5\%$ *)
Sintomas	Ausentes	Ausentes	Presentes

Fonte: Adaptado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017

HbA1C: hemoglobina glicada; TOTG: teste oral de tolerância à glicose; DM: diabetes mellitus

* Em pacientes sintomáticos, deve-se preferir diagnóstico pelas dosagens diretas de glicemia em vez da determinação de HbA1c

O DM1 de etiologia idiopática ou desconhecida, denominado tipo 1B, é caracterizado pela ausência de auto anticorpos ou os mesmos não são detectáveis. Assim como o DM 1A, necessita terapia contínua com insulina e os indivíduos estão suscetíveis a desenvolver cetoacidose diabética – CAD. Tanto o tipo 1A quanto 1B são de manifestação abrupta, geralmente com CAD ou discreta elevação da glicemia de jejum, a qual pode rapidamente evoluir para hiperglicemia grave e/ou CAD associada a infecções ou outras situações de estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

Os critérios para diagnosticar o diabetes em crianças e adolescentes se baseia em dosagens laboratoriais da glicose sanguínea na presença ou ausência de sintomas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; MAYER-DAVIS et al., 2018), conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de diabetes

	Glicose de Jejum (mg/dL)	Glicose após 2 horas de sobrecarga com 75 gr de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso	HbA1c (%)
Diabetes estabelecido	≥126	≥200	≥200 com sintomas característicos de hiperglicemia*	≥6,5

Fonte: Adaptado de AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017

HbA1C: hemoglobina glicada;

* Poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso

1.5.1 Diabetes, Religiosidade, *Coping* Religioso/Espiritual, Depressão, Estresse e Ansiedade em cuidadores de crianças e adolescentes com Diabetes

No contexto da saúde observa-se um aumento do número de publicações de estudos sobre espiritualidade e religiosidade. No entanto pesquisas voltadas para pacientes pediátricos e seus cuidadores ainda são escassos quando se trata de investigar o uso da religiosidade/espiritualidade como estratégia de *coping*. Cuidar de crianças com doenças crônicas é tarefa estressante, a qual afeta a rotina familiar devido a internações, alteração da rotina e medo de perda. Mães de crianças com certas doenças crônicas, como a cardiopatia congênita por exemplo, fazem uso do *coping* religioso/espiritual positivo para enfrentar o estresse (MARCELINO, 2013).

O estresse tem impacto sobre o ser humano e suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e até sobre sua espiritualidade. A descoberta do Diabetes em um filho gera dúvidas, incertezas, revolta e desespero, além de promover mudanças na rotina familiar. A busca de informações é necessária para esclarecer sobre a doença, na intenção de atenuar o forte impacto que o diagnóstico de DM causa, bem como atenuar o sofrimento (SALES et al., 2009; MALERBI; NEGRATO; GOMES, 2012). Koizumi (1992) relatou em seu estudo que mães de crianças japonesas responderam com estado de choque, atitude defensiva e aumento da ansiedade ao diagnóstico de DM dos filhos, mas adotaram padrões de *coping* semelhantes aos de mães norte americanas à mesma situação, tais como resignação, resistência e crença na religião. Whittemore et al. (2012) observaram em uma revisão sistemática que o sofrimento psicológico parental dos pais das crianças com DM1 variou de 10 a 74% e que, uma média de 33,5% dos pais relataram sofrimento ao diagnóstico e

19% 4 anos após. Talakoub e Nasiri (2012) identificaram que os principais problemas identificados, nos pais, por ocasião do diagnóstico de diabetes em crianças, foi depressão, ansiedade e problemas orgânicos. Após 3, 6 e 12 meses foram identificados depressão, obsessão e problemas orgânicos.

Foi demonstrado por Schaijk, Roeleveld-Versteegh e Van Baar (2013) que o estresse dos pais está relacionado com controle metabólico de adolescentes com DM1 e sugeriram que as diretrizes de tratamento de adolescentes com DM1 devem abordar o nível de estresse dos pais. Os resultados do estudo de Jaser, Linsky e Grey (2014) ressaltam a necessidade de identificar e encorajar estratégias de *coping* pelas mães de adolescentes com DM1 o que poderia ser útil para diminuir sintomas de estresse e depressão. O aprendizado de estratégias secundárias de *coping*, como aceitação, pensamento positivo e entretenimento poderiam ajudá-las a lidar melhor com o estresse relacionado com o DM e na redução de seus sintomas de ansiedade e depressão (JASER; LINSKY; GREY, 2014).

Grey (2009) ao avaliar *coping*, sintomas de ansiedade e depressão em 67 mães de crianças com DM1 verificou que 21% das mães apresentaram sintomas clínicos significativos de ansiedade e, 24% níveis significativos de depressão, embora esses sintomas não se relacionassem com o controle metabólico das crianças. Em um outro estudo 73 mães de crianças com DM1 se declararam com estresse e aquelas com níveis mais elevados de estresse eram as mais capazes de manter o controle glicêmico de suas crianças (STALLWOOD, 2005).

Viégas (2013) ao analisar as necessidades do cuidador familiar de crianças e adolescentes com DM observou que devido a ansiedade e dificuldades de aceitação da doença alguns cuidadores buscam na espiritualidade o suporte para lidar com momentos de aflição. Os cuidadores relatam a contribuição da espiritualidade como agente estratégico redutor do estresse e da melhora do estado emocional. Este apoio traz esperanças para o cuidador e se revela na figura de Deus. A busca por recursos na luta contra a doença é resultado da fé ou da ajuda Divina. Refletir, rezar ou orar aproxima de Deus e dá força para abarcar as tarefas impostas pela doença (SALES et al., 2009; VIÉGAS, 2013; DUTRA; WERNECK; GOMES, 2015).

A partir da reflexão originada na abordagem teórica constata-se a necessidade de aprofundar a investigação da relação entre saúde e R/E, já sugerida em estudos prévios, no gerenciamento do diabetes em crianças e adolescentes. Uma vez que seus pais, ou responsáveis legais ou cuidadores informais são os

principais condutores no cuidado e gerenciamento do diabetes surgem as questões: Qual é o perfil da R/E dos cuidadores de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1? Existe uma relação entre os parâmetros de controle glicêmico, perfil lipídico e os níveis de R/E em cuidadores de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1? Há alguma relação entre os níveis de R/E, *coping* R/E e sintomas de depressão, ansiedade e estresse dos cuidadores? A R/E, o *coping* R/E e a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse nos cuidadores afetam o controle glicêmico, perfil lipídico de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1?

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- Qualquer mudança que afeta a vida de uma pessoa é um agente estressor, sendo que este pode variar amplamente sua natureza, podendo ser formado por diversos componentes, desde fatores psicossociais e comportamentais, como frustração, ansiedade e sobrecarga (SELYE, 1975);
- Após o diagnóstico de DM1, ocorre uma mudança no estilo de vida da família, interferindo na sua qualidade de vida e, a dificuldade em estabelecer limites para as crianças/adolescentes pode ser um risco para controle metabólico inadequado (MALERBI; NEGRATO; GOMES, 2012);
- Pesquisas voltadas para pacientes pediátricos e seus cuidadores ainda são escassas quando se trata de investigar o uso da religiosidade/espiritualidade como estratégia de *coping*. Cuidar de crianças com doenças crônicas é tarefa estressante, a qual afeta a rotina familiar devido a internações, alteração da rotina e medo de perda. Mães de crianças com certas doenças crônicas, como a cardiopatia congênita por exemplo, fazem uso do *coping* religioso/espiritual positivo para enfrentar o estresse (MARCELINO, 2013).

3 HIPÓTESE

Espera-se com este estudo verificar se os pais e/ou cuidadores de crianças e adolescentes com DM1 utilizam *coping* R/E como estratégia de enfrentamento do diabetes tipo 1, o que poderia influenciar o controle metabólico relacionado ao desenvolvimento de complicações crônicas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a R/E dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM 1 e a utilização do *coping* R/E no enfrentamento da doença, bem como a influência destas estratégias sobre o controle glicêmico e perfil lipídico das crianças adolescentes com DM1.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a espiritualidade/ religiosidade dos pais/cuidadores das crianças adolescentes com DM1;
- Verificar se os pais/cuidadores utilizam o *coping* R/E para lidar com o DM1 das crianças/adolescentes;
- Identificar os níveis de depressão, ansiedade e estresse dos pais/cuidadores;
- Correlacionar R/E, *coping* R/E, níveis de depressão, ansiedade e estresse dos pais/cuidadores com controle glicêmico e perfil lipídico das crianças e adolescentes com DM1;
- Correlacionar R/E, *coping* R/E, variáveis sócio demográficas e níveis de depressão, ansiedade e estresse dos pais/cuidadores.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de estudo descritivo transversal, de abordagem qualitativa, quantitativa e correlacional.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Diabetes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), sob a responsabilidade da

disciplina de Endocrinologia. O Ambulatório acontece nas instalações de um dos cinco anexos do HC-UFTM conhecido como Ambulatório Maria da Glória.

5.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta pais/cuidadores de crianças/adolescentes com DM1 assistidos regularmente no Ambulatório de Diabetes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), sob a responsabilidade da disciplina de Endocrinologia.

5.4 CÁLCULO AMOSTRAL E AMOSTRA

O cálculo amostral foi efetuado a partir de uma amostra aleatória simples que considerou a incidência de DM1 nos menores de 19 anos em 2017 no Brasil. Segundo o IDF essa incidência foi de 88,3/100.000 habitantes. A população de Uberaba no ano 2017 era de 330,361 habitantes, estimando uma população de 291 indivíduos menores de 19 com DM1. Partindo de um erro amostral de 5% e considerando um nível de confiança de 95% com percentual mínimo de 5, o número de indivíduos necessário para o estudo foi de 59 (SANTOS, 2016).

A coleta das informações foi realizada no ambulatório de Diabetes da Criança do Hospital de Clínicas da UFTM em Uberaba. Foram convidados a participar do estudo pais ou responsáveis por crianças e adolescentes com DM1 que estivessem em tratamento regular.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser pai, mãe ou responsável, ou simplesmente cuidador informal, com idade igual ou superior a 25 anos, de crianças e adolescentes com DM1, com idade entre 3 e 19 anos, com diagnóstico de DM1 há no mínimo 3 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da criança e adolescente sob responsabilidade da Disciplina de Endocrinologia da UFTM.

5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pai, mãe ou responsável ou simplesmente cuidador informal de adolescente grávida atendida no ambulatório de Diabetes da criança e adolescente sob responsabilidade da Disciplina de Endocrinologia da UFTM.

5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os participantes foram selecionados consecutivamente a partir da lista de agendamento de consultas ambulatoriais disponível através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU Versão: 6.9.184877 atualizada em 05/05/2017 02:11. Uma vez de posse da lista, os prontuários eletrônicos foram acessados pelo número do Registro Geral de consultas. Dentre 286 pacientes foram selecionados 84, os quais atendiam aos critérios de inclusão. Nas datas das consultas os cuidadores responsáveis pelas crianças e adolescentes com DM1 foram convidados para se dirigirem a uma sala onde lhes foram informados sobre os objetivos do estudo, bem como realizada leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES A e B). Em seguida os convidados que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE e preencheram os instrumentos, foram coletadas as medidas antropométricas e emitidos os pedidos de exames laboratoriais.

5.8 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após leitura cuidadosa, esclarecimentos de eventuais dúvidas e assinatura do TCLE, foram preenchidos os seguintes instrumentos:

5.8.1 Ficha de Identificação

Ficha de identificação (APÊNDICE C) contendo número de registro geral (RG) de atendimento no ambulatório central da UFTM; dados pessoais, data de nascimento/idade, naturalidade, procedência, profissão, endereço e telefone para contato; Histórico clínico do DM (tempo de DM, medicação/dose, controle durante o seguimento do DM, bem como presença de complicações crônicas, antecedentes familiares para Diabetes Mellitus e doenças associadas); Hábitos e estilo de vida

(tabagismo, etilismo, autodenominação de afiliação religiosa) Dados antropométricos (Peso, Altura, Circunferência da Cintura, Índice de Massa Corporal, Pressão arterial) e queixas, anestesia, diarreia, constipação, incontinência urinária e fecal, impotência, hipotensão postural, pé diabético e mal perfurante; ficha individual para os cuidadores (APÊNDICE D) contendo dados pessoais, data de nascimento, naturalidade, procedência, endereço e telefone para contato. Esses dados foram obtidos durante a consulta de rotina ambulatorial e através de consulta aos prontuários físico e eletrônico dos pacientes.

5.8.2 Avaliação Antropométrica

Inicialmente é preciso apresentar as definições dos termos criança e adolescente. O termo “criança” se refere a indivíduos com idade menor que dez anos e “adolescente” indivíduos com dez anos completos e menos de vinte anos (BRASIL, 2011), tal esclarecimento se faz necessário visto que a classificação do estado nutricional é determinada separadamente para infância e adolescência. Para a mensuração do peso, foi utilizada a balança eletrônica Líder®, com capacidade para 200 kg e precisão de 100g. As crianças/adolescentes foram pesados vestindo apenas roupas leves e pés descalços; permanecendo eretos, no centro da balança, com os braços esticados ao lado do corpo, sem se movimentar. A medida de peso foi realizada uma única vez, considerando a precisão do equipamento.

Para a medida da estatura foi utilizado estadiômetro vertical, Toneli® graduado até 2 m e divisão em milímetros. As crianças e adolescentes foram colocados em posição vertical, eretos, com os pés paralelos e calcanhares, ombros e nádegas encostados na haste do aparelho. A medida foi realizada por três vezes seguidas calculando-se a média dos valores para a obtenção do resultado final. Quando a diferença entre pelo menos 2 medidas excedeu a 0,5 cm foram desprezadas e novas medidas foram aferidas (BRASIL, 2011).

A circunferência abdominal (CA) foi determinada ao redor da protuberância anterior máxima do abdômen com uma fita graduada em centímetros tipo trena inextensível, no nível da cicatriz umbilical ao final de uma expiração normal (NACIF; VIEBIG, 2007).

Também foram avaliados o Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência abdominal (CA) e o estado nutricional classificado conforme o Escore-z de IMC apresentado nos quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Pontos de corte para classificação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos de idade

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixo IMC para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +1	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Percentil85 e < Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Obesidade

Fonte: World Health Organization, 2006

Quadro 4 - Pontos de corte para classificação do estado nutricional de adolescentes com 10 anos de idade e menores de 20 anos de idade

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixo IMC para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +1	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Percentil85 e < Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Obesidade

Fonte: ONIS et al., 2007

5.8.3 Questionário de Classificação Socioeconômica

Classificação econômica: baseado no Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), proposto em 1997, pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e Associação Nacional de Empresas de Pesquisas (ANEP), baseado no banco de dados do Levantamento Socioeconômico (LSE) de 2008 do IBOPE. Este critério é construído a partir da posse de bens e utensílios domésticos e escolaridade do

chefe da família (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016) (ANEXO A). Para análise do questionário foram considerados os sistemas de pontos nos quadros 5, 6, 7 e 8:

Quadro 5 - Variáveis

Itens de posse	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava-louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava-roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016

Quadro 6 - Grau de instrução do chefe da família

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto/ Fundamental I incompleto	0
Fundamental I incompleto / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016

Quadro 7 - Acesso a serviços públicos

Serviços Públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016

Para a pontuação é feito um somatório, em seguida, a classificação segundo os critérios de corte:

Quadro 8 - Cortes do critério Brasil

Classe	Pontos
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016

5.8.4 Índice de religiosidade da Universidade de DUKE (Durel)

Índice de Religião da Universidade de DUKE (Durel) (ANEXO B): versão em português, instrumento breve, compreensível e de fácil uso para medir a religiosidade, desenvolvido por Koenig et al. (1997), traduzido para o português por Moreira-Almeida et al. (2008) e validade por Lucchetti et al. (2012). É um instrumento de domínio público e foi criado para a mensuração das três diferentes dimensões da religiosidade, a saber: Religiosidade Organizacional (RO, item 1): frequência a serviços religiosos; Religiosidade Não-Organizacional (RNO, item 2): rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão e Religiosidade Intrínseca (RI, item 3-5): sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente. Os últimos três itens são em escala tipo *Likert* (LUCCHETTI et al., 2012).

A escala de DUKE, constando de apenas 5 itens, os quais fornecem um escore final que varia de 5 a 27 e corresponde a uma medida objetiva do grau de religiosidade de um indivíduo. Para análise dos dados obtidos com a aplicação do índice, cada dimensão deve ser analisada separadamente. Dessa forma, é necessário inverter os itens das subescalas e realizar a somatória, de forma que os maiores escores refletem maior religiosidade. Para a RO e RNO a conversão resulta em: 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1 e RI: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 ;5=1 (LUCCHETTI et al., 2012). Para a RI foi considerado escores ≥ 10 classificados como alta RI e, < 9 Baixa RI (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013); para RO < 3 Baixa e RO ≥ 4 Alta. Para RNO < 3 Baixa e RNO ≥ 4 Alta (KOENIG; PARKERSON JR; MEADOR, 1997; ABDELGAWAD et al., 2017).

5.8.5 Escala de *Coping* Religioso/Espiritual - abreviada (CRE-BREVE)

Escala de *Coping* Religioso/Espiritual- Abreviada (CRE- Breve) (ANEXO C): A CRE-BREVE se baseia na escala RCOPE, desenvolvida por Pargament, Koenig e Perez (2000) e validada e traduzida para a população brasileira por Panzini e Bandeira (2005). Esse instrumento possibilita avaliar estratégias de enfrentamento *coping* religioso e espiritual, tanto positivas quanto negativas, e possui 49 itens divididos em duas dimensões: CRE positivo (CREP) e CRE negativo (CREN). O CREP é composto de 34 itens e 7 fatores, enquanto o CREN é composto de 15 itens e 4 fatores. Os fatores que compõem os itens do *coping* positivo são sete: P1- Transformação de si e/ou de sua vida P2- Ações em busca de ajuda espiritual P3- Oferta de ajuda ao outro P4- Posicionamento positivo frente a Deus P5- Busca pessoal de crescimento espiritual P6- Ações em busca do outro institucional, P7- Busca pessoal de conhecimento espiritual. Os fatores que compõem os itens negativos são quatro: N1- Reavaliação negativa de Deus, N2- Posicionamento negativo frente a Deus, N3- Reavaliação negativa do significado N4- Insatisfação com o outro institucional. As respostas são em escala tipo *Likert* de 5 pontos (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

A análise da escala é realizada através de índices: CREP: indica o nível de CREP praticado pelo participante através da média dos 34 itens; CREN indica o nível de CREN praticado através da média dos 15 itens; CRE total: indica a quantidade de CRE's praticados através da média entre o índice de CREP e as

médias invertidas do índice CREN; Razão CREN/CREP: Revela a porcentagem de CREN praticado em relação ao CREP através da divisão simples (PANZINI; BANDEIRA, 2005) (ANEXO D). As médias invertidas dos itens CREN (3, 7, 9, 11, 13, 19, 22, 23, 28, 32, 33, 37, 41, 44, 48) foram invertidas segundo o parâmetro: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). O uso desse instrumento no presente estudo foi autorizado pela autora (ANEXO E).

Os escores são interpretados a partir dos valores das médias de CRE, segundo quadro 9:

Quadro 9 - Parâmetro de interpretação dos escores da escala CRE-Breve

Nenhuma ou irrisória	1,00 a 1,50
Baixa	1,51 a 2,50
Média	2,51 a 3,50
Alta	3,51 a 4,50
Altíssima	4,51 a 5,00

Fonte: PANZINI; BANDEIRA, 2005

Quanto maiores os somatórios dos índices para os domínios das escalas de Durel, domínios positivos da escala CRE breve, menores somatórios dos domínios negativos da escala CRE breve implicam em maior R/E e uso da R/E como estratégia de enfrentamento.

5.8.6 Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (DASS-21)

Escala de estresse, ansiedade e depressão (Depression, anxiety and stress scale 21 – DASS-21) (ANEXO F), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e validada e adaptada por Vignola e Tucci (2014). A DASS, na sua versão reduzida (DASS-21) com 21 itens, é um instrumento autoaplicável contendo 3 subescalas para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse (VIGNOLA; TUCCI, 2014). As respostas são dadas numa escala tipo *Likert*, em que o indivíduo avalia a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior arte das vezes”, a que correspondem valores de “0” a “3”. O resultado

final é obtido pela soma dos escores dos itens de cada subescala (VIGNOLA; TUCCI, 2014). Não há necessidade de solicitar permissão para seu uso, no entanto, é exigido que o devido crédito seja concedido aos seus autores (Quadro 10).

Quadro 10 - Classificação do grau de severidade da depressão, estresse e ansiedade

	PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Depressão	0 a 13 13 a 20 ≥21	Normal a Leve Moderada Grave
Ansiedade	0 a 9 10 a 14 ≥15	Normal a Leve Moderada Grave
Estresse	0 a 18 19 a 25 ≥26	Normal a Leve Moderada Grave

Fonte: Lovibond; Lovibond, 1995

5.8.7 Avaliação laboratorial

As análises laboratoriais foram realizadas no laboratório central do Hospital de Clínicas da UFTM. As amostras foram coletadas após um período de jejum de 08 a 10 horas, entre 07:00 e 09:00 da manhã. Os exames bioquímicos foram feitos empregando o sistema de automação Cobas-c 501 da Roche-Hitachi. Os valores obtidos a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação de religiosidade/espiritualidade foram correlacionados com a média dos parâmetros de controle glicêmicos das últimas três consultas ambulatoriais. Foram eles: glicemia em jejum e pós prandial, hemoglobina glicada, frutossamina, colesterol total (CT) e frações HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – no high density lipoprotein cholesterol e triglicérides (TG) listados na ficha de exames (APÊNDICE E). Foram realizadas as seguintes dosagens bioquímicas:

- Glicemia de Jejum (GJ): determinada empregando-se o método enzimático com hexoquinase, cujos valores de referência estão representados na tabela 1 (ESTRIDGE; REYNOLDS, 2011).
- Glicemia pós-prandial (GPP): determinada empregando-se o método enzimático com hexoquinase, cujos valores de referência estão representados na tabela 1 (MOURA et al., 2001).
- Frutosamina (FRUTO): determinada empregando-se o método enzimático com hexoquinase, com valores de referência estão representados na tabela 1 (MOURA et al., 2001).
- Hemoglobina glicada (HbA1c): determinada empregando-se o método de inibição turbidimétrica (TINIA) do sangue total hemolisado, com valores de referência representados na tabela 1 (ESTRIDGE; REYNOLDS, 2011).
- CT e frações (LDL-c, NÃO-HDL-c e HDL-c): determinado empregando-se o método enzimático Colorimétrico Colesterol Esterase, cujos valores de referência estão apresentados na tabela 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).
- TG: determinado pelo método colorimétrico enzimático (MOURA et al., 2001), cujos valores de referência estão representados na tabela 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Os exames foram analisados segundo os valores de referência nas tabelas 1 e 2:

Tabela 1 - Metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM1

Controle glicêmico	Valores
Glicemia de Jejum	70 a 145 (mg/dL)
Pós-prandial	90 a 180 (mg/dL)
Hemoglobina Glicada	<7,5 %
Frutosamina	205 - 285 (μmol/L)

Fonte: REWERS et al., 2014

Tabela 2 - Valores referenciais do perfil lipídico para a faixa etária entre 2 e 19 anos

Variáveis Lipídicas	Valores (mg/dl)	
	Com Jejum	Sem Jejum
Colesterol Total	<170	<170
HDL-C	>45	>45
TG (0-9 anos)	<75	<85
TG (10-19 anos)	<90	<100
LDL-C	<110	<110

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017

5.9 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A análise descritiva dos dados foi realizada a partir das porcentagens e valores absolutos apresentados em tabelas e gráficos.

Para as análises inferenciais das variáveis quantitativas foram realizados testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e de homogeneidade de variâncias (Levene) dos dados. As variáveis que não atenderam aos pressupostos de normalidade ou não apresentaram homogeneidade de variâncias foram transformadas por $\sqrt{x + 0,5}$, ou $\log x$, ou $\log x + 1$, ou por *boxcox* no programa Statistica. Para comparar as variáveis entre 2 grupos independentes foi utilizado o teste de t-Student e o teste de análise de variâncias (ANOVA) seguido pelo teste de Tuckey, para comparações entre três ou mais grupos. Para verificar a correlação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de Pearson. A classificação da correlação de Pearson foi convencionada segundo Callegari-Jacques (2003) para valores de r positivos ou negativos: muito fraca $0,0 > r < 0,2$; fraca $0,2 > r < 0,4$; moderada $0,4 > r < 0,7$; forte $0,7 > r < 0,9$ e muito forte $0,9 > r < 1,0$.

Em todos os testes, foi considerado um nível de significância de 5%, e os dados foram analisados com o auxílio dos softwares Statistica v10 e SPSS versão 23.

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o registro: CAEE 65365617.0.0000.5154 e número do parecer: 2.048.287. (ANEXO G). Este trabalho é parte do projeto intitulado: O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO e os objetivos apresentados no presente estudo correspondem aos que dizem respeito aos pais ou responsáveis por crianças e adolescentes com DM1, à exceção dos objetivos específicos número 7 e 8 listados no projeto.

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DESCRITIVOS

No período entre maio e dezembro de 2017 foram agendados 286 pacientes para consulta no ambulatório de Diabetes da Criança e do Adolescente na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, dos quais 84 foram considerados elegíveis para participar do estudo por atenderem aos critérios de inclusão. Destes 12 (14,3 %) não compareceram à consulta na data agendada, 6 (7,14 %) se recusaram a participar, 7 (8,3 %) compareceram desacompanhados do seu cuidador e 59 indivíduos (70,2 %) aceitaram participar do estudo.

Dentre os participantes constavam 4 pais (6,8%), 50 mães (84,7 %), 3 avós (5,1 %), 1 tia (1,7 %) e 1 madrasta (1,7 %) considerados cuidadores diretos das crianças e adolescentes. A amostra foi composta predominantemente por cuidadores do sexo feminino 93,2% (n = 55). Os participantes com idade inferior a 40 anos totalizaram 54,2% (n = 32). Quanto à atividade laboral eram celetistas 39,0% (n = 23) e 27,1% (n = 16) estavam desempregados. Com relação à renda 47,5% (n = 28) recebiam entre 1,5 e 3 salários mínimos (SM) e 13,6% (n = 8) recebiam menos que 1,5 SM. Quanto à escolaridade 44,1% (n = 26) tinham mais que 12 anos de estudo e 35,6% (n = 21) tinham menos que 8 anos de estudo. A principal afiliação religiosa foi a católica 54,2% (n = 32), seguida da evangélica 23,7% (n = 14), depois a espírita 20,3% (n = 12) e apenas 1,7% (n = 1) se declarou

sem afiliação religiosa. Os dados sócio demográficos dos participantes cuidadores está representado na tabela 3 e a apresentação dos dados sócio demográficos individuais se encontra na tabela 1 do anexo H.

Quanto às crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 30 (50,8 %) eram sexo masculino, 29 (49,2 %) do sexo feminino, 46 (78,0%) tinham idade maior que 10 anos e 13 (22,0 %) idade inferior a 10 anos. O tempo de diagnóstico menor que 5 anos foi de 35,6% (n = 21), sendo 9 menores e 12 maiores que 10 anos de idade e, superior a 5 anos de diagnóstico 64,4% (n = 38) sendo 4 menores e 34 maiores que 10 anos de idade. Foram relatados 3,4% (n = 2) de dislipidemia associada ao DM1, 1,7% (n = 1) de hipotireoidismo e 47,5% (n = 28) de antecedentes familiares para DM na família. Quanto à medicação hipoglicemiante 86,4% (n = 51) faziam uso exclusivo de insulina e 13,6% (n = 8) faziam uso de insulina associada à Metformina. Estes dados foram representados na tabela 4 e a apresentação dos dados individuais se encontra na tabela 2 do Anexo H.

Tabela 3 - Caracterização sócio demográfica dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Masculino	4	6,8
Feminino	55	93,2
Idade (anos)		
≤40	32	54,2
>40	27	45,8
Parentesco cuidador paciente		
Pai	4	6,8
Mãe	50	84,7
Avô/avó	3	5,1
Tio/tia	1	1,7
Padrasto/madrasta	1	1,7
Situação Laboral		
Desempregado	16	27,1
Autônomo	12	20,3
Celetista	23	39,0
Servidor público/afins	5	8,5
Aposentado	3	5,1
Renda (salários mínimos)		
Menor que 1,5	8	13,6
Entre 1,5 e 3,0	28	47,5
Maior que 3,0	23	39,0
Escolaridade (anos de estudo)		
<8 anos	21	35,6
≥8 <12 anos	12	20,3
≥12 anos	26	44,1
Crença		
Cristã	58	98,3
Agnóstico	1	1,7
Afiliação Cristã		
Católica	32	54,2
Evangélica	14	23,7
Espírita	12	20,3
Sem afiliação	1	1,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Tabela 4 - Caracterização sócio demográfica das crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Masculino	30	50,8
Feminino	29	49,2
Idade (anos)		
<10	13	22,0
≥10	46	78,0
Tempo de diagnóstico (anos)		
≤5	21	35,6
>5	38	47,5
Presença de Diabetes na família		
Não	31	52,5
Sim	28	47,5
Dislipidemia		
Não	57	96,6
Sim	2	3,4
Hipotireoidismo		
Não	58	98,3
Sim	1	1,7
Medicação		
Insulina	51	86,4
Insulina + Metformina	8	13,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

As médias das variáveis antropométricas peso, estatura, escore-z de IMC, Percentil de IMC e CA foram representadas na tabela 5 e os dados individuais na tabela 3 do Anexo H.

Tabela 5 - Descrição das médias das variáveis antropométricas das crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Menores que 10 anos					
Peso (kg)	26,7	7,8	26,0	18,0	49,0
Estatura (cm)	126,9	10,2	127,0	111,0	142,0
Escore-z IMC*	-0,36	0,5	0,02	-1,36	1,06
Percentil IMC*	49,1	18,5	50,6	8,6	85,5
CA*	57,6	7,7	56,0	52,0	80,0
Maiores que 10 anos					
Peso (kg)	53,8	14,8	54,4	26,5	93,6
Estatura (cm)	160,8	11,5	160,2	135,0	185,0
Escore-z IMC*	0,5	1,26	0,3	-2,55	2,41
Percentil IMC#	53,0	34,3	61,3	0,5	99,5
CA [§] (cm)	73,9	10,0	73,2	55,5	96,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: *Escore-z IMC – Escore-z do Índice de Massa Corporal; #Percentil IMC - Percentil de Índice de Massa Corporal; §CA – Circunferência abdominal

Considerando o escore-z de IMC foi observado que 92,3% (n = 12) estavam eutróficas, 1,7% (n = 1) estavam com sobrepeso e não havia nenhuma com baixo IMC para a idade ou com obesidade entre as crianças menores de 10 anos. Entre os maiores de 10 anos 6,5% (n = 3) estavam com baixo IMC para a idade, 71,7% (n = 33) estavam eutróficas, 15,2% (n = 7) com sobrepeso e 6,5% (n = 3) com obesidade. Em relação à CA, 92,3% (n = 12) das crianças menores que 10 anos apresentaram valores menores que o percentil 90 e 15,2% (n = 7) das crianças e adolescentes maiores que 10 anos apresentaram valores maiores que o percentil 90. Estes dados foram representados no quadro 11.

Quadro 11 - Classificação do estado nutricional e adequação da circunferência abdominal de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017

VARIÁVEIS ANALISADAS	IDADE (anos)	
	<10 (n=13)	≥10 (n=46)
	n (%)	n (%)
Escore-z IMC*		
Baixo IMC para idade	-	3 (6,5)
Adequado para idade	12 (92,3)	33 (71,7)
Sobrepeso	1 (7,7)	7 (15,2)
Obesidade	-	3 (6,5)
CA [#]		
< Percentil 90	12 (92,3)	39 (84,8)
≥ Percentil 90	1 (7,7)	7 (15,2)

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: Escore-z IMC* - Escore-z de Índice de Massa corporal; CA[#] - Circunferência abdominal

Quanto ao controle glicêmico e perfil lipídico, observou-se que as médias de GJ ($193,5 \pm 58,7$), GPP ($216,6 \pm 71,4$), HbA1c ($8,6 \pm 0,8$) e Frutosamina ($390,8 \pm 77,8$) estavam acima dos valores de referência para metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM1. Em relação ao perfil lipídico os valores de CT ($159,9 \pm 29,5$), HDL-c ($54,2 \pm 9,6$) e LDL-c ($90,5 \pm 22,2$) estavam em conformidade com os valores referenciais da 2ª Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017, porém a média do Não-HDL-c ($105,7 \pm 61,1$) estava acima do valor referencial e a média de TG ($77,5 \pm 57,6$) estava adequada se consideramos a faixa etária acima de 10 anos, no entanto é um valor acima do valor referencial para faixa etária menor que 10 anos. As médias dos três valores das variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico estão descritas na tabela 6 e os dados individuais referentes ao controle glicêmico e perfil lipídico foram expressos nas tabelas 4 e 5 (ANEXO H).

Tabela 6 - Médias de 3 valores referentes às variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	193,5	58,7	182,3	93,2	350,7
\bar{X} GPP(mg/dL) [#]	216,0	71,4	198,3	104,5	393,7
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,6	0,8	8,6	6,5	10,0
\bar{X} Δ HbA1c [#]	1,1	1,2	0,8	0,0	6,17
\bar{X} FRUTO (μ mol/mL) [#]	390,8	77,8	383,3	250,7	586,7
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	159,9	29,5	158,2	112,0	314,1
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	77,5	57,6	64,0	33,0	402,0
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	54,2	9,6	54,5	34,3	79,0
\bar{X} LDL-c (mg/dL) [#]	90,5	22,2	89,6	49,4	178,4
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	105,7	30,4	104,0	61,1	270,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%); Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina (μ mol/L); CT: colesterol total (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); não HDL-c - no high density lipoprotein cholesterol (mg/dL). [#] Média de três valores obtidos ao longo de um ano

As crianças e adolescentes foram divididos por faixa etária o que possibilitou observar as frequências de adequações das variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico conforme os valores referenciais tabelas 7 e 8. Observou-se um predomínio de GJ, HbA1c e Frutosamina alterados em ambas as faixas etárias, mas verificou-se que a GPP apresentou maiores percentuais normais em ambas as faixas etárias (tabela 7).

Em relação às variáveis do perfil lipídico observou-se o predomínio de indivíduos com valores normais para CT, TG, LDL-c e HDL-c. Em relação ao Não-HDL-c observou-se predomínio de indivíduos com valores alterados (tabela 8).

Tabela 7 - Frequências de adequação dos níveis de controle glicêmico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017

VARIÁVEIS ANALISADAS	Valores de referência	Idade (anos)	
		<10 n (%)	≥10 n (%)
GJ°(n=59)			
Normal	70 – 145 mg/dL	2 (16,7)	10 (83,3)
Alterada	>145 mg/dL	11 (23,4)	36 (76,6)
GPP# (n=59)			
Normal	90 – 180 mg/dL	9 (40,9)	13 (59,1)
Alterada	>180 mg/dL	4 (10,8)	33 (89,2)
HbA1c§ (n=59)			
Normal	≤7,5 %	1 (14,3)	6 (85,7)
Alterada	>7,5 %	12 (23,1)	40 (76,9)
Frutosamina (n=59)			
Normal	205 – 285 µmol/mL	-	3 (100,0)
Alterada	>285 µmol/mL	13 (23,2)	43 (76,8)

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ°: glicemia de jejum; GPP#: glicemia pós-prandial; HbA1c§: Hemoglobina glicada

Tabela 8 - Adequação dos níveis de perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017

VARIÁVEIS ANALISADAS	Valores de Referência	Idade (anos)	
		<10 n (%)	≥10 n (%)
CT* (n=59)			
Normal	<170 mg/dL	10 (16,9)	33 (55,9)
Alterado	≥170 mg/dL	3 (5,1)	13 (22,0)
TG# (n=59)			
Normal	<75 mg/dL (<10 anos) <90 mg/dL (≥c10 anos)	12 (20,3)	36 (61,0)
Alterada	≥75 mg/dL (<10 anos) ≥90 mg/dL (≥10 anos)	1 (1,7)	10 (16,9)
LDL-c§ (n=59)			
Normal	<110 mg/dL	12 (20,3)	41 (69,5)
Alterada	≥110 mg/dL	1 (1,7)	5 (8,5)
HDL-c** (n=59)			
Normal	≥45 mg/dL	12 (20,3)	34 (57,6)
Alterado	<45 mg/dL	1 (1,7)	12 (20,3)
Não HDL-c### (n=59)			
Normal	<100 mg/dL	5 (8,5)	21 (35,6)
Alterada	≥100 mg/dL	8 (13,5)	25 (42,4)

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: CT*: colesterol total; TG#: triglicérides; LDL-c§: low density lipoprotein cholesterol; HDL-c** - high density lipoprotein cholesterol; não HDL-c### - no high density lipoprotein cholesterol (mg/dL)

As médias de Hb1Ac foram estratificadas de acordo com as metas de controle glicêmico para a idade, formando três grupos. Segundo critérios estritos, apenas 11,9% (n = 7) dos pacientes apresentaram Hb1Ac ≤7,5 e 74,6% (n = 44) obtiveram um controle inadequado (Quadro 12).

Quadro 12 - Frequência dos valores médios de HbA1c estratificados segundo metas de controle e faixa etária de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017

Idade (anos)	HbA1c*				
	≤7,5	>7,5 <8,0	≥8,0 <8,5	≥8,5 <9,0	≥9,0
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<10 (n=13)	1 (7,7)	4 (30,8)	2 (15,4)	3 (23,1)	3 (23,1)
>10 (n=46)	6 (13,0)	8 (17,4)	7 (15,2)	9 (19,6)	16 (34,8)
Total (n=59)	7 (11,9)	12 (20,3)	9 (15,2)	12 (20,3)	19 (32,2)

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: *HbA1c: hemoglobina glicada (%)

Ao avaliar a religiosidade dos cuidadores foram observadas médias elevadas de RO ($4,0 \pm 1,5$), RNO ($4,7 \pm 1,3$) e RI ($13,7 \pm 1,7$), demonstrando alta religiosidade nas três dimensões avaliadas, tabela 9.

Quanto ao uso da religiosidade no enfrentamento do DM1 pelos cuidadores foram observados escores de utilização considerados altos do CRET ($3,7 \pm 0,3$) e considerado médio o escore de uso de CREP ($3,3 \pm 0,6$). Os escores de utilização do CREN foram de $1,8 \pm 0,6$. A relação CREN/CREP foi de ($0,5 \pm 0,2$), demonstrando que o uso do CREP foi 50 % maior em relação ao uso do CREN.

O fator de CREP que apresentou alto uso pelos cuidadores, foi *posição positiva frente a Deus* (P4) ($4,45 \pm 0,6$). Os fatores *transformação de si e/ou sua vida* (P1) ($3,4 \pm 0,7$), *busca de ajuda espiritual* (P2) ($2,8 \pm 1,0$), *oferta de ajuda ao outro* (P3) ($3,2 \pm 0,8$), *busca do outro institucional* (P5) ($3,1 \pm 0,9$) e *afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade* (P6) ($2,7 \pm 0,7$) apresentaram escores médios de uso pelos cuidadores. O fator com uso considerado baixo ou irrisório foi a *busca pessoal de conhecimento espiritual* (P7) ($2,5 \pm 1,0$). Todos os fatores negativos apresentaram escores baixos de uso pelos cuidadores, tabela 9. As médias dos índices de religiosidade e escores de uso da religiosidade no enfrentamento do DM1, dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1 foram representados na tabela 9 e os dados individuais estão expressos na tabela 7 do Anexo H.

Tabela 9 - Resultados da avaliação da religiosidade e *coping* religioso-espiritual dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017

.	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
RO	4,0	1,5	4,0	2,0	6,0
RNO	4,7	1,3	5,0	1,0	6,0
RI	13,7	1,7	14,0	7,0	15,0
CREP	3,3	0,6	3,3	1,9	4,5
CREN	1,8	0,6	1,6	0,9	3,7
CRENinv	4,1	0,6	4,3	2,0	5,0
CRET	3,7	0,3	3,8	2,8	4,3
CREN/CREP	0,5	0,2	0,5	0,3	1,0
Fatores CREP					
P1	3,4	0,7	3,4	1,6	4,9
P2	2,8	1,0	2,4	1,0	4,6
P3	3,2	0,8	1,6	5,0	
P4	4,5	0,6	4,8	2,6	5,0
P5	3,1	0,9	3,2	1,5	5,0
P6	2,7	0,7	2,7	1,0	4,3
P7	2,5	1,0	2,3	1,0	5,0
Fatores CREN					
N1	1,5	0,6	1,2	1,0	3,2
N2	2,5	1,0	2,3	1,0	5,0
N3	1,6	0,7	1,5	1,0	4,5
N4	2,2	1,0	2,2	1,0	4,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não-organizacional; RI: religiosidade intrínseca; CREP: coping religioso-espiritual positivo; CREN: coping religioso-espiritual negativo; CRENinv: coping religioso-espiritual negativo invertido; CRET: coping religioso-espiritual total; CREN/CREP: Razão coping religioso-espiritual negativo/coping religioso-espiritual positivo; P1: transformação de si e/ou sua vida; P2: busca de ajuda espiritual; P3: oferta de ajuda ao outro; P4: posição positiva frente a Deus; P5: busca do outro institucional; P6: afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade; P7: busca pessoal de conhecimento espiritual; N1: reavaliação negativa de Deus; N2: posição negativa frente a Deus; N3: Insatisfação com o outro institucional; N4: reavaliação negativa do significado

A severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade foi identificada como grave em 22,0% (n = 13), 44,1% (n = 26) e 42,1% (n = 25) dos cuidadores respectivamente tabela 10. Os dados individuais referentes aos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, bem como a severidade destes estão representados na tabela 8 do Anexo H.

Tabela 10 - Representação dos valores da avaliação da severidade dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade nos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017

VARIÁVEIS	n (%)	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo
ESCORES DE SEVERIDADE DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE						
Depressão						
Normal a leve	39 (66,1)	3,9	3,9	4,0	0,0	12,0
Moderada	7 (11,9)	16,6	2,2	16,0	14,0	20,0
Grave	13 (22,0)	28,9	6,1	28,0	22,0	38,0
Estresse						
Normal a leve	17 (28,8)	4,3	2,6	4,0	0,0	8,0
Moderado	16 (27,1)	12,6	1,6	13,0	10,0	14,0
Grave	26 (44,1)	26,3	8,9	24,0	16,0	42,0
Ansiedade						
Normal a leve	34 (57,6)	6,1	5,7	4,0	0,0	16,0
Moderada	0 (0)	-	-	-	-	-
Grave	25 (42,4)	42,1	19,7	36,0	20,0	8,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: Dp: Desvio padrão

Foram investigados os níveis das dimensões de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca e foi observado que cuidadores apresentaram altos níveis das três dimensões sendo alta RO 67,8% (n = 40), alta RNO 83,1% (n = 49) e alta RI 94,9% (n = 56). As médias referentes a esses valores foram descritas na tabela 11.

Tabela 11 - Representação dos valores da avaliação dos níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca nos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017

VARIÁVEIS		n (%)	Média	Dp ^o	Mediana	Mínimo	Máximo
RO*							
	Baixa	19 (32,2)	2,0	0,0	2,0	2,0	2,0
	Alta	40 (67,8)	5,0	0,8	5,0	4,0	6,0
RNO [#]							
	Baixa	10 (16,9)	2,3	0,8	2,5	1,0	3,0
	Alta	49 (83,1)	5,2	0,7	5,0	4,0	6,0
RI ^{&}							
	Baixa	3 (5,1)	8,3	1,1	9,0	7,0	9,0
	Alta	56 (94,9)	14,0	1,1	14,0	11,0	15,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: ^oDp – Desvio padrão; RO* - Religiosidade organizacional; RNO[#] - Religiosidade não organizacional; RI[&] - Religiosidade intrínseca

Quanto ao uso da R/E como enfrentamento da situação estressante foi observado que 52,5% (n = 31) dos cuidadores faziam médio uso de CREP e 40,7% (n = 24) faziam uso alto a altíssimo. Nenhum dos participantes fazia uso irrisório a baixo de CRETOTAL, porém 74,6% (n = 44) faziam uso alto a altíssimo e 25,4% (n = 15) faziam uso médio. A maioria, 84,7% (n = 50) fazia uso irrisório a baixo de CREN e apenas 1,7% (n = 1) fazia uso alto a altíssimo. As médias referentes à intensidade de uso das estratégias CRE estão representadas na tabela 12.

Tabela 12 - Representação dos valores da interpretação do *coping* religioso-espiritual positivo, negativo e total nos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, segundo idade, Uberaba-MG, Brasil, 2017

Variáveis	n (%)	Média	Dp*	Mediana	Mínimo	Máximo
CREP[#]						
Irrisório a baixo	4(6,8)	2,2	0,2	2,3	1,9	2,5
Médio	31 (52,5)	3,0	0,3	3,0	2,6	3,4
Alto a altíssimo	24 (40,7)	3,9	0,3	3,8	3,6	4,5
CREN^{&}						
Irrisório a baixo	50 (84,7)	1,6	0,4	1,6	0,9	2,3
Médio	8 (13,6)	2,7	0,1	2,6	2,5	2,9
Alto a altíssimo	1 (1,7)	3,7	-	3,7	3,7	3,7
CRETOTAL[§]						
Irrisório a baixo	-	-	-	-	-	-
Médio	15 (25,4)	3,3	0,2	3,4	2,8	3,5
Alto a altíssimo	44 (74,6)	3,0	0,2	3,8	3,5	4,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: Dp*: Desvio padrão; CREP # - Coping religioso-espiritual positivo; CREN[&] - Coping religioso-espiritual negativo; CRETOTAL[§] - Coping religioso-espiritual total

6.2 RESULTADOS INFERENCIAIS

6.2.1 Comportamento das variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes segundo níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca de seus cuidadores

Ao considerar a intensidade de RO dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1, a média de FRUTO foi significativamente menor ($343,9 \pm 36,2$) na RO alta em relação à RO baixa ($413,4 \pm 34,5$), $p = 0,006$, no grupo etário <10 anos, porém não foram observadas diferenças \pm significativas entre as médias de GJ, GPP, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c. No grupo etário

≥10 anos, não se observou quaisquer diferenças significativas entre as médias de GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c segundo a intensidade de RO dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1 (tabela 13).

Em relação à intensidade de RNO dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1, a média de CT foi significativamente maior ($165,2 \pm 14,0$) na RNO alta em relação à RNO baixa ($140,1 \pm 22,0$) $p = 0,034$ no grupo etário <10 anos, porém não foram observadas diferenças significativas entre as médias de GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c. No grupo etário ≥10 anos não se observou quaisquer diferenças significativas entre as médias de controle glicêmico e do perfil lipídico (tabela 14).

Não foram observadas significâncias estatísticas ao se comparar as médias de GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c nos grupos etários <10 anos e ≥10 anos segundo a intensidade de RI dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1 (tabela 15). A análise comparativa no grupo maior que 10 anos não foi possível, pois a categoria Baixa RI se constituiu de apenas 1 criança.

Tabela 13 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos Religiosidade Organizacional Baixa e alta de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Religiosidade Organizacional		<i>p</i>
	Baixa $\bar{x} \pm dp$	Alta $\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=5	n=8	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	200,9 ± 28,6	173,1 ± 35,5	0,171
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	184,9 ± 57,0	163,58 ± 58,0	0,532
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,5 ± 0,8	8,4 ± 0,6	0,834
$\bar{X} \Delta$ HbA1c [#]	1,4 ± 1,2	0,7 ± 0,4	0,254
\bar{X} Fruto (μmol/L) [#]	413,4 ± 34,5	343,9 ± 36,2	0,006*
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	160,9 ± 10,8	158,5 ± 23,0	0,828
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	60,9 ± 16,0	56,8 ± 18,0	0,688
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	54,2 ± 9,5	59,4 ± 8,6	0,330
\bar{X} LDL-c [#]	93,6 ± 13,0	87,0 ± 21,1	0,545
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	10,6,7 ± 13,7	99,1 ± 22,9	0,518
≥10 anos	n=14	n=32	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	186,1 ± 56,9	200,4 ± 67,1	0,497
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	219,2 ± 44,6	232,7 ± 79,9	0,559
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,4 ± 0,5	8,7 ± 1,0	0,297
$\bar{X} \Delta$ HbA1c	1,2 ± 0,8	1,1 ± 1,4	0,719
\bar{X} Fruto (μmol/L) [#]	394,8 ± 53,3	397,3 ± 94,8	0,926
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	149,0 ± 17,9	164,9 ± 35,8	0,123
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	60,5 ± 16,5	92,7 ± 74,0	0,119
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	53,9 ± 10,0	53,1 ± 9,8	0,802
\bar{X} LDL-c [#]	82,6 ± 18,6	94,4 ± 24,7	-0,118
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	95,1 ± 19,5	111,8 ± 36,3	0,114

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosemina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * Teste t de Student

[#] Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Tabela 14 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos Religiosidade Não Organizacional baixa e alta de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Religiosidade Não Organizacional		<i>p</i>
	Baixa $\bar{x} \pm dp$	Alta $\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=3	n=10	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	202,6 \pm 51,0	178,1 \pm 29,6	0,304
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	163,9 \pm 14,6	174,1 \pm 64,4	0,795
\bar{X} HbA1c (%) [#]	7,9 \pm 0,5	8,6 \pm 0,6	0,061
$\bar{X} \Delta$ HbA1c [#]	1,1 \pm 0,8	1,0 \pm 0,9	0,779
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	353,7 \pm 43,1	375,7 \pm 51,6	0,519
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	140,1 \pm 22,0	165,2 \pm 14,0	0,034*
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	54,7 \pm 14,4	59,5 \pm 17,9	0,683
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	52,2 \pm 6,2	58,9 \pm 9,3	0,271
\bar{X} LDL-c [#]	73,8 \pm 21,5	94,2 \pm 15,1	0,086
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	87,9 \pm 24,0	106,3 \pm 17,2	0,164
≥ 10 anos	n=7	n=39	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	210,6 \pm 77,7	193,4 \pm 61,4	0,519
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	255,3 \pm 105,4	223,8 \pm 63,4	0,283
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,6 \pm 1,3	8,6 \pm 0,8	0,988
$\bar{X} \Delta$ HbA1c	0,9 \pm 0,9	1,2 \pm 1,3	0,646
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	422,4 \pm 125,3	391,9 \pm 75,4	0,381
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	175,3 \pm 64,9	157,3 \pm 22,5	0,495
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	109,9 \pm 130,8	78,0 \pm 44,3	0,546
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	54,2 \pm 12,0	53,2 \pm 9,4	0,803
\bar{X} LDL-c [#]	94,9 \pm 38,7	90,0 \pm 20,3	0,221
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	121,1 \pm 67,5	104,2 \pm 22,7	0,534

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * Teste t de Student significativa ao nível de 5% - $p \leq 0,05$. # Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Tabela 15 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes menores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos Religiosidade Intrínseca Baixa e alta de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Religiosidade Intrínseca		p*
	Baixa $\bar{x} \pm dp$	Alta $\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=2	n=11	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	196,9 \pm 25,2	181,4 \pm 36,6	0,587
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	197 \pm 70,5	167,2 \pm 56,1	0,515
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,6 \pm 1,5	8,4 \pm 0,5	0,801
\bar{X} Δ HbA1c [#]	1,8 \pm 2,1	0,8 \pm 0,5	0,132
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	411,2 \pm 87,0	363,2 \pm 41,6	0,217
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	141,9 \pm 33,6	162,6 \pm 15,2	0,156
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	60,7 \pm 31,6	58,0 \pm 15,3	0,845
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	51,8 \pm 7,3	58,4 \pm 9,1	0,362
\bar{X} LDL-c [#]	75,8 \pm 37,3	92,0 \pm 14,5	0,262
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	90,0 \pm 40,9	104,2 \pm 16,1	0,370

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * Teste t de Student significante ao nível de 5% - $p \leq 0,05$. # Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

6.2.2 Comportamento das variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes segundo uso de *coping* religioso/espiritual positivo, *coping* religioso/espiritual negativo e *coping* religioso/espiritual total por seus cuidadores

Observou-se, através de comparações múltiplas uma média de GJ (157,1 \pm 27,2) significativamente menor no grupo etário <10 anos de crianças e adolescentes com DM1 sob responsabilidade de cuidadores com uso alto a altíssimo de CREP em relação à média de GJ (230,6 \pm 22,5) das crianças sob responsabilidade de cuidadores com uso irrisório a baixo de CREP. Não se observaram diferenças significativas na comparação entre as médias de GJ das crianças sob

responsabilidade de cuidadores com uso médio de CREP e uso irrisório a baixo e alto a altíssimo de CREP. Em relação às demais variáveis GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c não foram identificadas significâncias estatísticas. No grupo etário >10 anos não foi verificada diferença estatística entre as médias das variáveis segundo a intensidade de uso de CREP dos cuidadores (tabela 16).

Ao comparar as médias das variáveis GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c em relação às duas categorias de uso do CREN No grupo etário >10 anos não foram identificadas diferenças significantes entre as médias de GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c ao considerar as categorias de CREN irrisório a baixo e médio (tabela 17).

Em relação às categorias de uso médio e alto altíssimo de CRETOTAL não foram observadas quaisquer significâncias estatísticas entre as médias de GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c em nenhum dos grupos etários (tabela 18).

Tabela 16 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos *coping* religioso-espiritual positivo irrisório a baixo, médio e alto a altíssimo de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Coping Religioso-Espiritual Positivo			<i>p</i>
	Irrisório a Baixo	Médio	Alto a Altíssimo	
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=2	n=7	n=4	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	230,6 \pm 22,5 ^a	185,6 \pm 27,3	157,1 \pm 27,2 ^b	0,031*
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	160,7 \pm 19,2	177,4 \pm 58,0	167,6 \pm 74,9	0,931
\bar{X} HbA1c (%) [#]	7,6 \pm 0,1	8,7 \pm 0,6	8,4 \pm 0,6	0,082
\bar{X} Δ HbA1c [#]	1,1 \pm 1,1	1,0 \pm 1,0	0,7 \pm 0,3	0,929
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	314,2 \pm 34,6	377,3 \pm 58,2	357,0 \pm 45,4	0,825
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	140,1 \pm 31,1	157,9 \pm 12,4	177,8 \pm 17,4	0,136
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	51,9 \pm 19,2	60,4 \pm 15,4	58,0 \pm 21,9	0,841
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	55,7 \pm 1,8	55,2 \pm 9,8	61,9 \pm 9,2	0,508
\bar{X} LDL-c [#]	69,7 \pm 28,8	90,3 \pm 11,9	98,0 \pm 19,9	0,204
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	84,4 \pm 32,9	102,6 \pm 12,5	109,8 \pm 23,9	0,353
≥ 10 anos	n=2	n=24	n=20	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	159,1 \pm 10,5	196,4 \pm 62,5	199,3 \pm 69,0	0,706
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	214,6 \pm 9,1	235,0 \pm 76,3	222,2 \pm 68,6	0,810
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,3 \pm 0,2	8,5 \pm 1,0	8,8 \pm 0,8	0,446
\bar{X} Δ HbA1c	2,0 \pm 1,0	1,4 \pm 1,6	0,8 \pm 0,7	0,188
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	403,8 \pm 29,0	405,1 \pm 85,9	385,5 \pm 86,0	0,745
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	145,7 \pm 9,5	160,0 \pm 35,0	161,5 \pm 23,9	0,809
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	61,0 \pm 18,4	78,4 \pm 71,4	90,5 \pm 57,6	0,733
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	53,7 \pm 16,0	54,3 \pm 9,5	52,1 \pm 9,9	0,769
\bar{X} LDL-c [#]	79,8 \pm 2,8	90,7 \pm 25,7	91,9 \pm 22,0	0,792
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	92,0 \pm 8,5	105,8 \pm 40,1	109,4 \pm 24,0	0,767

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c - non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * ANOVA $p = 0,031$, significante ao nível de 5% - $p \leq 0,05$.; ^a POST ROC Teste de Tukey $p = 0,025$, significante ao nível de 5%.[#] Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Tabela 17 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos *coping* religioso-espiritual negativo irrisório a baixo e médio de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Coping Religioso Espiritual Negativo		p
	Irrisório a baixo $\bar{x} \pm dp$	Médio $\bar{x} \pm dp$	
≥10 anos	n=38	n=7	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	196,1 ± 62,6	192,0 ± 79,5	0,881
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	222,6 ± 61,5	268,0 ± 108,6	0,319
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,6 ± 0,9	8,7 ± 1,0	0,628
\bar{X} Δ HbA1c	1,1 ± 1,3	1,0 ± 0,8	0,873
\bar{X} Fruto (μmol/L) [#]	388,9 ± 79,1	450,0 ± 95,3	0,076
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	159,3 ± 33,2	167,9 ± 27,9	0,523
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	80,3 ± 58,8	100,5 ± 93,2	0,453
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	52,6 ± 9,2	56,9 ± 12,8	0,292
\bar{X} LDL-c [#]	91,7 ± 22,7	89,3 ± 29,3	0,807
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	106,7 ± 33,4	111,0 ± 32,8	0,756

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; ΔHbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * Teste t de Student significativa ao nível de 5% - $p \leq 0,05$. # Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Tabela 18 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos grupos *coping* religioso-espiritual total irrisório a baixo e médio de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Coping Religioso Espiritual Total		p
	Médio $\bar{x} \pm dp$	Alto a Altíssimo $\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=3	n=10	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	214,5 \pm 32,1	174,6 \pm 31,1	0,074
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	186,9 \pm 47,2	167,3 \pm 60,2	0,619
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,0 \pm 0,6	8,6 \pm 0,6	0,143
$\bar{X} \Delta$ HbA1c [#]	1,0 \pm 0,8	1,0 \pm 0,9	0,874
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	387,2 \pm 33,3	365,6 \pm 53,2	0,527
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	143,4 \pm 22,7	164,2 \pm 15,4	0,089
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	47,4 \pm 15,6	61,7 \pm 16,3	0,209
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	51,6 \pm 7,2	59,1 \pm 9,0	0,219
\bar{X} LDL-c [#]	79,3 \pm 29,2	92,5 \pm 15,5	0,286
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	91,7 \pm 26,5	105,1 \pm 17,6	0,321
≥ 10 anos	n=12	n=34	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	194,7 \pm 66,9	196,5 \pm 63,8	0,932
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	229,4 \pm 80,4	228,3 \pm 68,4	0,964
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,5 \pm 1,0	8,6 \pm 0,9	0,816
$\bar{X} \Delta$ HbA1c	1,5 \pm 1,0	1,0 \pm 1,3	0,266
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	404,9 \pm 95,2	393,6 \pm 80,7	0,693
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	148,4 \pm 17,2	164,2 \pm 35,2	0,144
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	61,7 \pm 21,5	90,4 \pm 71,9	0,185
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	55,2 \pm 8,6	52,7 \pm 10,1	0,443
\bar{X} LDL-c [#]	83,6 \pm 13,3	93,3 \pm 25,8	0,223
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	93,2 \pm 14,1	111,5 \pm 36,3	0,097

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * Teste t de Student. # Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Nas comparações múltiplas, segundo os níveis de severidade de sintomas normal a leve, moderado e grave de depressão não houve diferença significativa entre as médias de GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não HDL-c dos grupos etários <10 e \geq 10 anos (tabela 19).

Ao considerar os níveis de severidade de sintomas normal a leve, moderado e grave de estresse a comparação múltipla ANOVA apontou uma diferença entre as médias de TG ($p = 0,035$) no grupo \geq 10 anos, porém o teste *post hoc* não localizou a diferença ($p = 0,057$). Não foram observadas diferenças significantes nas comparações entre as médias das demais variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico nos grupos etários <10 e \geq 10 anos (tabela 20).

Na comparação entre as médias de GJ, GPP, FRUTO, HbA1c, Δ HbA1c, CT, TG, HDL-c, LDL-c e Não-HDL-c segundo os dois níveis de severidade de sintomas de ansiedade normal a leve e grave não foram identificadas quaisquer diferenças nos grupos etários <10 e \geq 10 anos (tabela 21).

Tabela 19 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro segundo a severidade de depressão de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Severidade de Depressão			p
	Normal a Leve $\bar{x} \pm dp$	Moderada $\bar{x} \pm dp$	Grave $\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=8	n=3	n=2	
\bar{X} GJ (mg/dL)	194,7 \pm 32,1	187,7 \pm 24,8	134,2 \pm 10,9	0,073
\bar{X} GPP (mg/dL)	166,4 \pm 46,7	163,6 \pm 68,8	205,7 \pm 102,6	0,689
\bar{X} HbA1c (%)	8,4 \pm 0,7	8,2 \pm 0,6	8,9 \pm 0,3	0,529
$\bar{X} \Delta$ HbA1c	1,1 \pm 1,0	0,7 \pm 0,3	1,0 \pm 0,3	0,815
\bar{X} Fruto (μ mol/L)	367,3 \pm 59,5	371,5 \pm 36,2	382,3 \pm 32,0	0,983
\bar{X} CT (mg/dL)	161,9 \pm 11,6	140,8 \pm 19,8	177,2 \pm 26,9	0,070
\bar{X} TG (mg/dL)	64,0 \pm 11,0	41,4 \pm 5,1	61,5 \pm 36,0	0,126
\bar{X} HDL-c (mg/dL)	57,9 \pm 9,0	53,6 \pm 9,0	60,7 \pm 12,4	0,696
\bar{X} LDL-c	90,4 \pm 10,5	77,4 \pm 25,2	104,1 \pm 32,1	0,285
\bar{X} não HDL-c (mg/dL)	104,1 \pm 11,1	87,2 \pm 23,4	116,5 \pm 39,2	0,252
≥ 10 anos	n=31	n=4	n=11	
\bar{X} GJ (mg/dL)	193,7 \pm 54,3	238,6 \pm 117,4	187,2 \pm 67,4	0,371
\bar{X} GPP (mg/dL)	221,9 \pm 58,8	285,3 \pm 113,4	226,7 \pm 82,9	0,245
\bar{X} HbA1c (%)	8,7 \pm 0,7	9,2 \pm 0,8	8,3 \pm 1,2	0,207
$\bar{X} \Delta$ HbA1c	1,3 \pm 1,4	0,3 \pm 0,1	1,1 \pm 0,9	0,346
\bar{X} Fruto (μ mol/L)	389,5 \pm 73,8	462,6 \pm 47,4	392,4 \pm 112,4	0,260
\bar{X} CT (mg/dL)	165,3 \pm 34,6	152,7 \pm 23,6	147,2 \pm 24,3	0,237
\bar{X} TG (mg/dL)	80,8 \pm 64,4	137,2 \pm 115,8	69,0 \pm 21,4	0,180
\bar{X} HDL-c (mg/dL)	54,2 \pm 8,8	44,7 \pm 4,5	54,0 \pm 15,5	0,185
\bar{X} LDL-c	95,2 \pm 25,5	92,8 \pm 10,7	77,6 \pm 15,4	0,100
\bar{X} não HDL-c (mg/dL)	111,4 \pm 36,4	107,9 \pm 27,3	93,1 \pm 19,8	0,288

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * ANOVA significativa ao nível de 5 % - p $\leq 0,05$; .# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Tabela 20 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro segundo a severidade de estresse de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Severidade de Estresse			p
	Normal a Leve $\bar{x} \pm dp$	Moderada $\bar{x} \pm dp$	Grave $\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=4	n=2	n=7	
\bar{X} GJ (mg/dL)	193,0 \pm 35,8	180,4 \pm 1,8	179,5 \pm 41,1	0,841
\bar{X} GPP (mg/dL)	162,8 \pm 42,5	196,0 \pm 71,9	170,0 \pm 65,6	0,815
\bar{X} HbA1c (%)	8,5 \pm 0,5	8,8 \pm 1,2	8,3 \pm 0,6	0,686
\bar{X} Δ HbA1c	0,5 \pm 0,5	2,0 \pm 1,8	0,9 \pm 0,5	0,100
\bar{X} Fruto (μ mol/L)	351,0 \pm 46,5	420,2 \pm 74,2	367,7 \pm 41,4	0,277
\bar{X} CT (mg/dL)	158,8 \pm 16,2	169,0 \pm 4,7	157,0 \pm 22,9	0,759
\bar{X} TG (mg/dL)	63,6 \pm 8,7	72,2 \pm 15,2	51,5 \pm 18,6	0,243
\bar{X} HDL-c (mg/dL)	59,0 \pm 9,7	58,3 \pm 16,5	56,2 \pm 7,99	0,888
\bar{X} LDL-c	86,7 \pm 13,6	95,9 \pm 8,9	89,3 \pm 23,0	0,866
\bar{X} não HDL-c (mg/dL)	99,8 \pm 13,6	110,7 \pm 11,8	100,9 \pm 25,0	0,821
≥ 10 anos	n=13	n=14	n=19	
\bar{X} GJ (mg/dL)	183,4 \pm 67,0	211,2 \pm 68,4	193,5 \pm 59,5	0,526
\bar{X} GPP (mg/dL)	214,7 \pm 54,5	238,0 \pm 75,4	231,1 \pm 78,9	0,690
\bar{X} HbA1c (%)	8,6 \pm 0,8	8,8 \pm 0,8	8,5 \pm 0,8	0,700
\bar{X} Δ HbA1c	0,9 \pm 0,8	1,1 \pm 1,5	1,3 \pm 1,3	0,741
\bar{X} Fruto (μ mol/L)	370,2 \pm 59,3	408,2 \pm 89,9	406,0 \pm 93,0	0,416
\bar{X} CT (mg/dL)	159,0 \pm 18,5	170,6 \pm 46,1	153,1 \pm 26,0	0,308
\bar{X} TG (mg/dL)	64,8 \pm 20,4	119,0 \pm 106,2	68,6 \pm 17,1	0,035*
\bar{X} HDL-c (mg/dL)	55,8 \pm 10,3	50,4 \pm 10,0	53,8 \pm 9,1	0,356
\bar{X} LDL-c	89,7 \pm 20,9	96,2 \pm 27,9	87,6 \pm 22,0	0,580
\bar{X} não HDL-c (mg/dL)	103,2 \pm 21,8	120,1 \pm 47,8	99,3 \pm 9,1	0,182

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * ANOVA $p = 0,035$, significativa ao nível de 5 %; POST ROC Teste de Tukey $p = 0,057$, significativa ao nível de 5%.# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

Tabela 21 - Comparações entre as médias de controle glicêmico e perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro segundo a severidade de ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Severidade da Ansiedade		p
	Normal a Leve $\bar{x} \pm dp$	Grave $\bar{x} \pm dp$	
<10 anos	n=8	n=5	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	184,7 \pm 25,5	182,4 \pm 49,8	0,915
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	157,7 \pm 51,3	194,2 \pm 62,0	0,270
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,5 \pm 0,6	8,3 \pm 0,7	0,665
$\bar{X} \Delta$ HbA1c [#]	0,9 \pm 1,0	1,0 \pm 0,6	0,869
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	361,4 \pm 58,3	385,3 \pm 28,6	0,417
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	161,0 \pm 11,9	156,9 \pm 28,0	0,720
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	61,7 \pm 12,5	52,0 \pm 22,5	0,386
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	59,7 \pm 9,0	55,3 \pm 9,4	0,528
\bar{X} LDL-c [#]	89,7 \pm 10,7	89,2 \pm 28,0	0,696
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	102,3 \pm 11,5	101,6 \pm 30,3	0,956
≥ 10 anos	n=26	n=20	
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	184,7 \pm 54,5	210,8 \pm 73,2	0,173
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	216,4 \pm 57,5	244,4 \pm 83,9	0,185
\bar{X} HbA1c (%) [#]	8,6 \pm 0,8	8,6 \pm 1,0	0,889
$\bar{X} \Delta$ HbA1c	1,2 \pm 1,3	1,1 \pm 1,3	0,868
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	380,7 \pm 70,7	418,0 \pm 95,7	0,129
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	163,5 \pm 36,0	155,6 \pm 26,4	0,416
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	84,9 \pm 69,3	80,3 \pm 57,5	0,813
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	54,0 \pm 8,8	52,5 \pm 11,0	0,611
\bar{X} LDL-c [#]	92,3 \pm 24,9	88,7 \pm 21,9	0,611
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	109,5 \pm 38,0	103,2 \pm 25,2	0,520

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: #GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial); HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina); CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c - non high density lipoprotein cholesterol; \bar{x} : média; dp: desvio padrão. * Teste t de Student, significante ao nível de 5%. # Média dos três valores obtidos ao longo de um ano

6.2.3 Correlações

6.2.3.1 Correlações entre as dimensões de religiosidade, coping religioso-espiritual e sintomas de severidade de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

No grupo de crianças e adolescentes <10 anos ao correlacionar as dimensões de religiosidade e *coping* religioso-espiritual, dos cuidadores, o CREP apresentou associação significativa moderada com todas as dimensões de religiosidade observadas RO ($r = 0,586$; $p = 0,035$), (FIGURA 1); RNO ($r = 0,610$; $p = 0,027$), (FIGURA 2); RI ($r = 0,573$; $p = 0,040$), (FIGURA 3). Não houve correlação significativa entre as dimensões de religiosidade com CREN, CREN/CREP, depressão, ansiedade e estresse. O CRETOTAL apresentou correlação significativa moderada com RO ($r = 0,579$; $p = 0,038$), (FIGURA 4) e RNO ($r = 0,572$; $p = 0,041$), (FIGURA 5). Esses dados estão representados na tabela 22.

Em relação aos cuidadores do grupo de crianças e adolescentes ≥ 10 anos foram observadas correlações significativas e fracas entre CREP e as dimensões RO ($r = 0,341$; $p = 0,021$), (FIGURA 6) e RI ($r = 0,352$; $p = 0,017$), (FIGURA 7). Não houve correlação significativa entre as dimensões de religiosidade com CREN, CREN/CREP, depressão, ansiedade e estresse. O CRETOTAL apresentou correlação significativa e fraca apenas com RNO ($r = 0,336$; $p = 0,022$), (FIGURA 8). Esses dados estão representados na tabela 22.

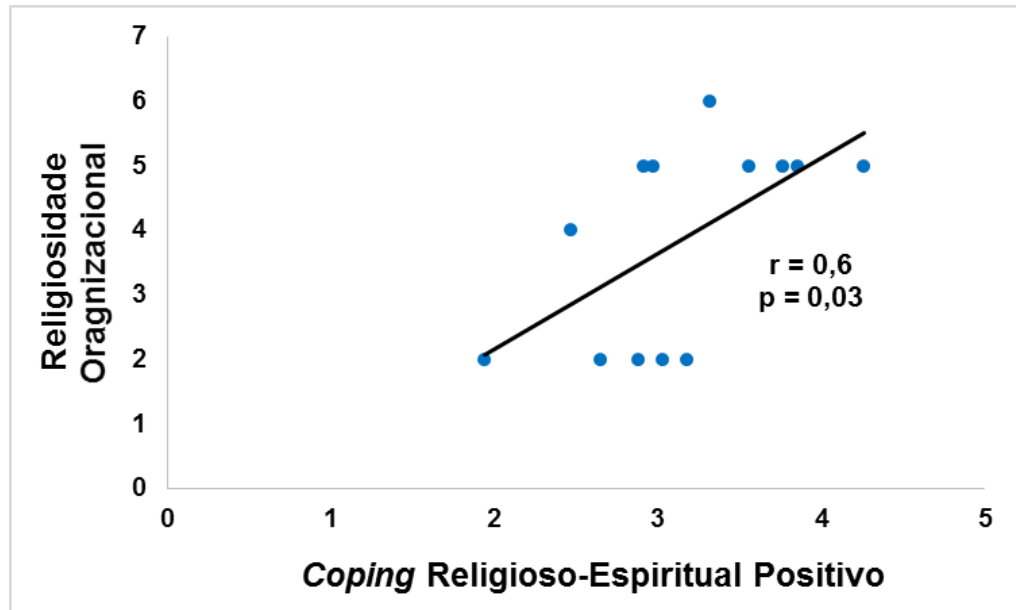


Figura 1 - Correlação entre RO e CREP nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

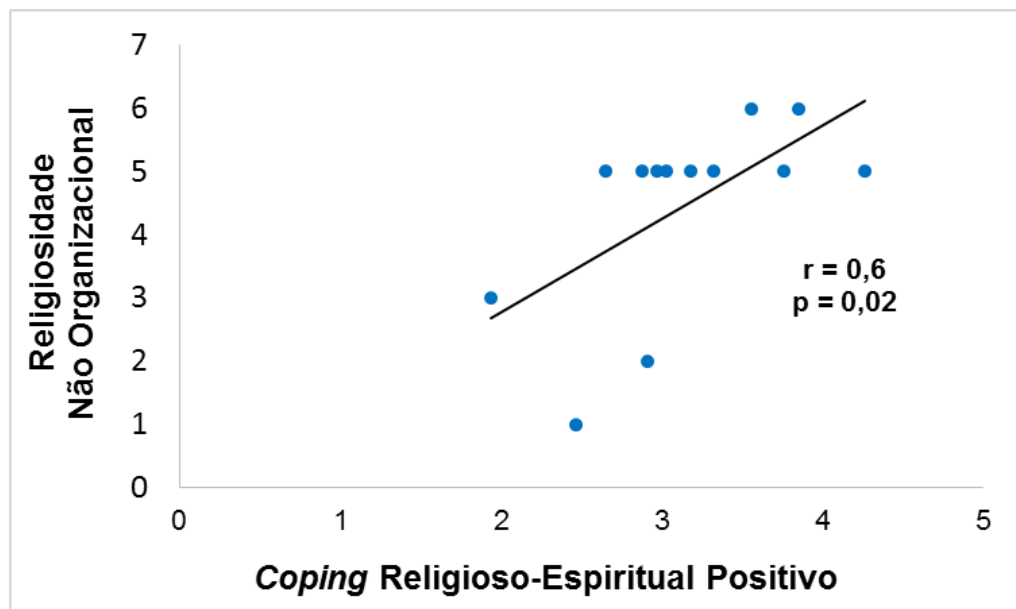


Figura 2 - Correlação entre RNO e CREP nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

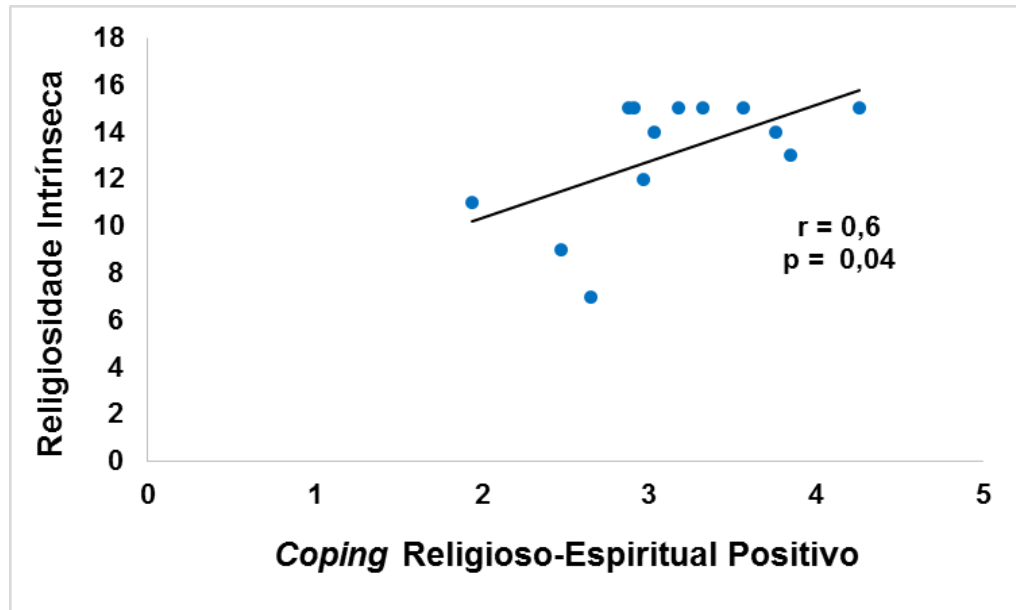


Figura 3 - Correlação entre RI e CREP nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

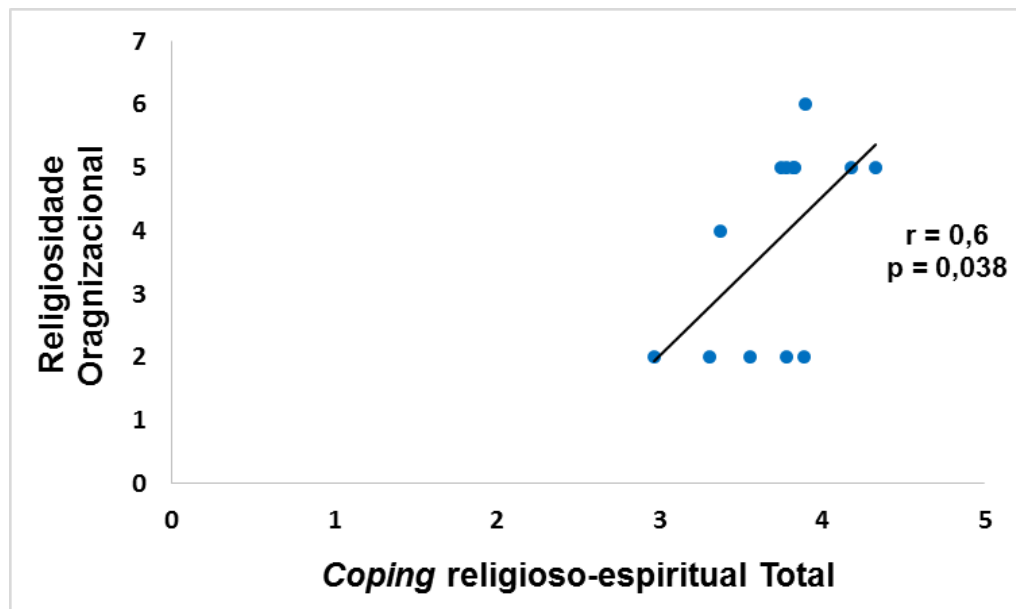


Figura 4 - Correlação entre RO e CRETOTAL nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

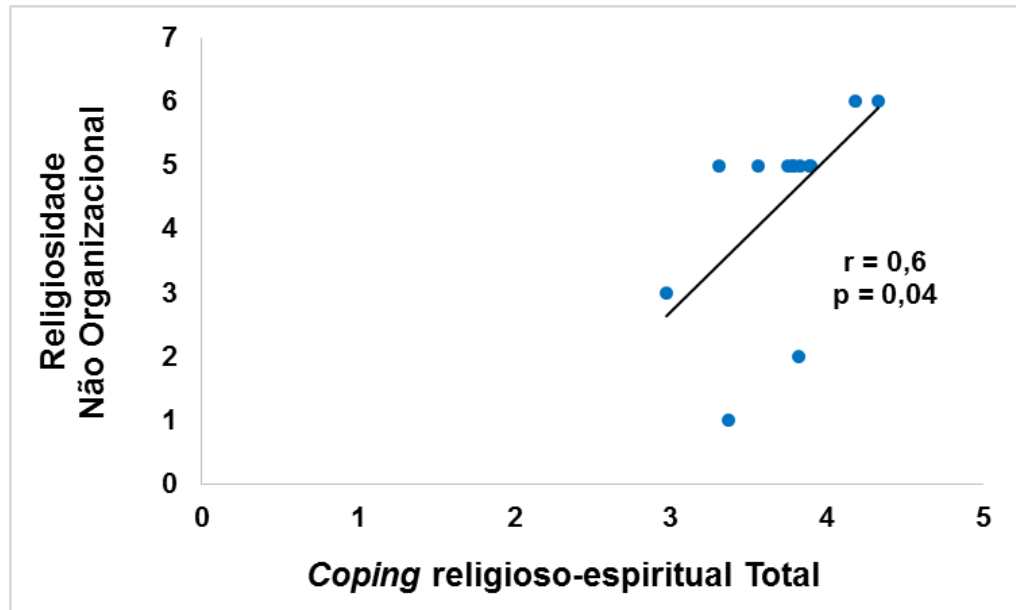


Figura 5 - Correlação entre RNO e CRETOTAL nos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

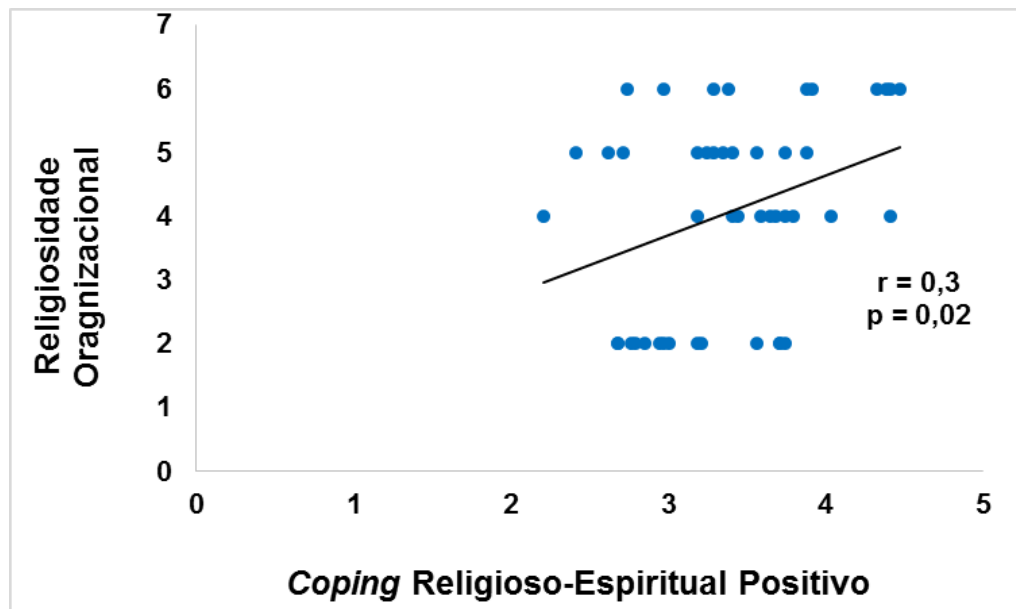


Figura 6 - Correlação entre RO e CREP nos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

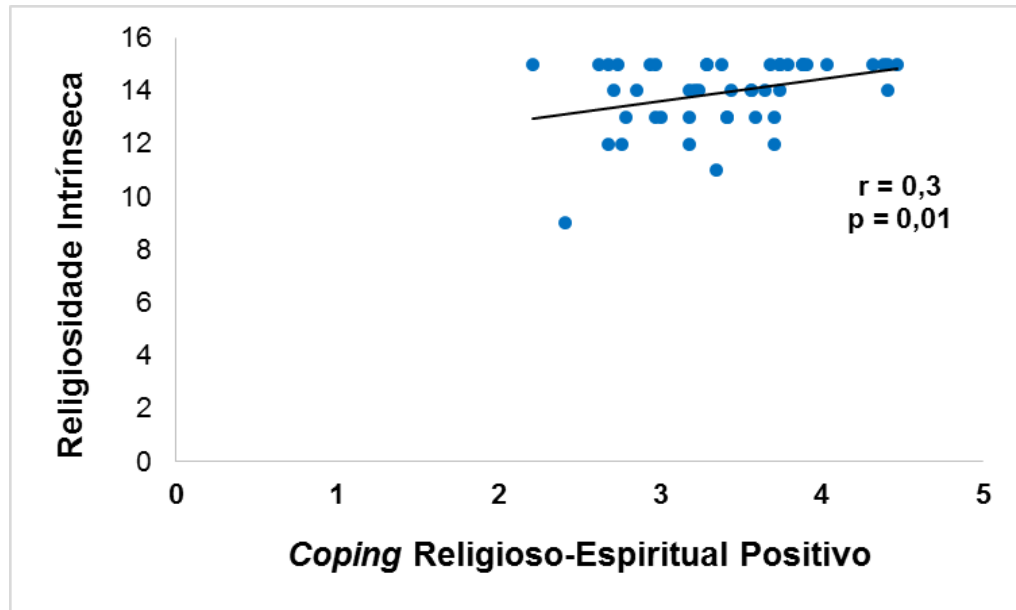


Figura 7 - Correlação entre RI e CREP nos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

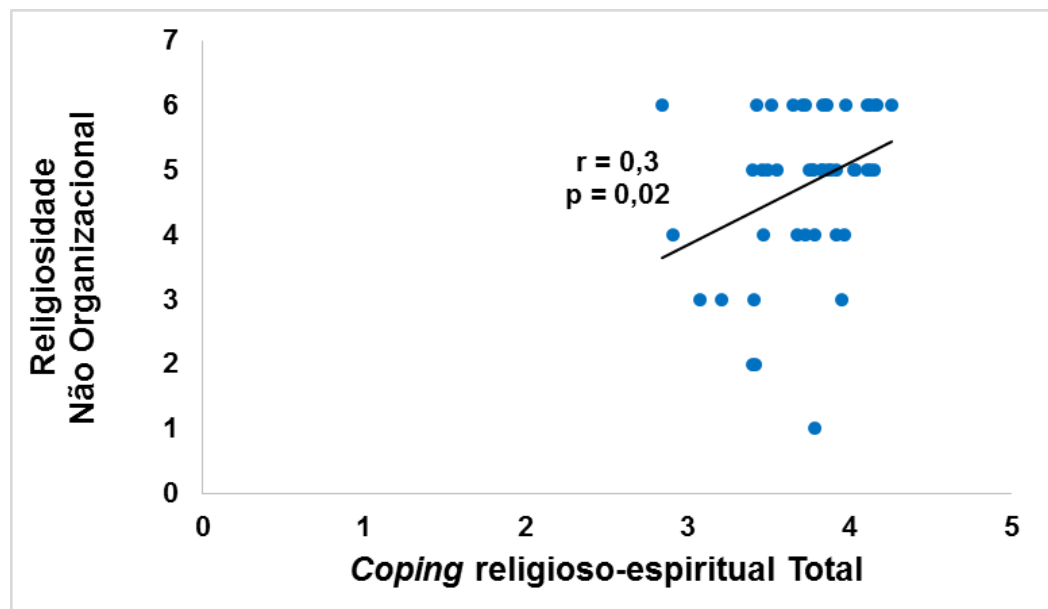


Figura 8 - Correlação entre RNO e CRETOTAL nos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 22 - Correlação entre níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca e *coping* religioso-espiritual severidade e, severidade de depressão, estresse dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	RO		RNO		RI	
	r	p	r	p	r	P
<10 anos (n=13)						
CREP	0,6	0,035*	0,6	0,027*	0,6	0,040*
CREN	-0,1	0,74	-0,07	0,81	0,0	0,84
CRETOTAL	0,6	0,038*	0,6	0,041*	0,4	0,117
CRE/CREP	-0,5	0,09	-0,45	0,12	-0,34	0,24
Severidade da depressão	0,2	0,55	-0,15	0,61	0,0	0,86
Severidade do estresse	0,2	0,50	0,1	0,62	-0,0	0,30
Severidade da Ansiedade	0,0	0,85	0,0	0,92	-0,0	0,98
≥10 anos (n=46)						
CREP	0,3	0,021*	0,2	0,12	0,3	0,017*
CRENinv	-0,0	0,95	0,1	0,33	-0,0	0,89
CRETOTAL	0,2	0,06	0,3	0,022*	0,2	0,06
CRE/CREP	-0,1	0,31	-0,2	0,06	-0,2	0,12
Severidade da Depressão	-0,1	0,44	-0,2	0,13	-0,0	0,65
Severidade do Estresse	-0,0	0,80	-0,2	0,16	-0,1	0,47
Severidade da Ansiedade	-0,1	0,27	-0,2	0,07	-0,0	0,70

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não-organizacional; RI: religiosidade intrínseca; CREP: coping religioso-espiritual positivo; CREN: coping religioso-espiritual negativo; CRET: coping religioso-espiritual total; CREN/CREP: Razão coping religioso-espiritual negativo/coping religioso-espiritual positivo. *Coeficiente de correlação de Pearson significante ao nível de 5%

6.2.3.2 Correlações entre as variáveis sócio demográficas e as dimensões de religiosidade, coping religioso-espiritual e sintomas de severidade de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Não foram observadas correlações significantes entre os escores RO, RI, CREP, CRET, CREN/CREP, de depressão e de estresse com as variáveis sócio demográficas dos cuidadores do grupo de crianças e adolescentes com DM1 <10 anos. No grupo ≥ 10 anos não foram identificadas correlações significativas entre as variáveis sócio demográficas e as dimensões RO, RNO, RI, CREN, severidade de sintomas de depressão e estresse dos. No entanto observou-se correlação direta e fraca entre CREP e Idade do cuidador ($r = 0,309$; $p = 0,037$), (FIGURA 9); entre CRETOTAL do cuidador e renda familiar ($r = 0,398$; $p = 0,006$), (FIGURA 10). A razão CREN/CREP e a severidade de sintomas de ansiedade do cuidador apresentaram correlações fracas e inversas com a renda familiar ($r = -0,343$; $p = 0,018$), (FIGURA 11) e ($r = -0,296$; $p = 0,046$), (FIGURA 12), respectivamente (tabela 23).

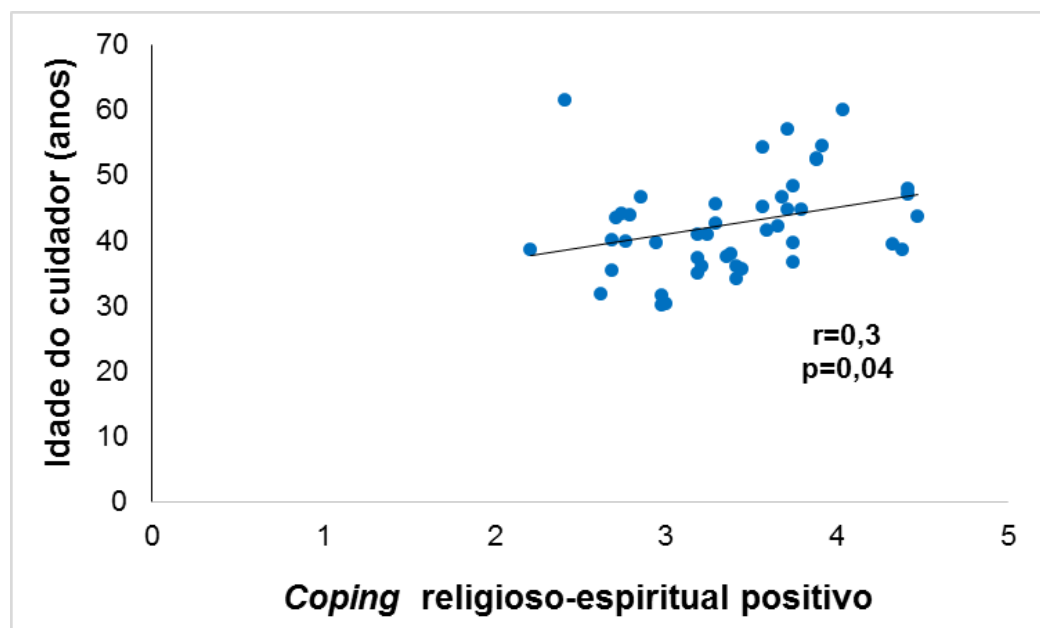


Figura 9- Correlação entre Idade do cuidador e CREP dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

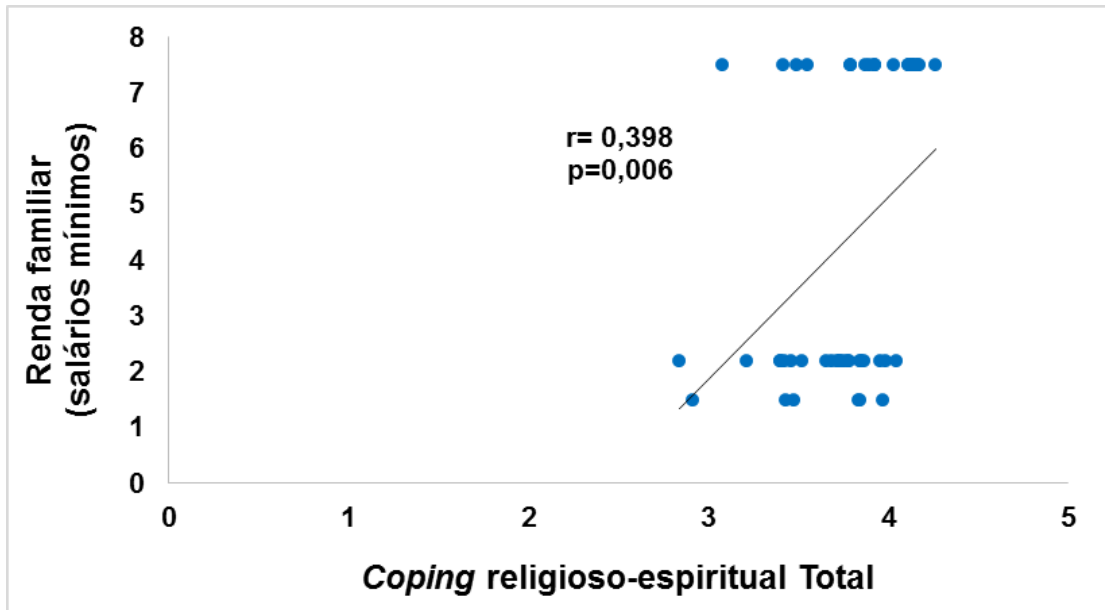


Figura 10 - Correlação entre Renda Familiar e CRETOTAL dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

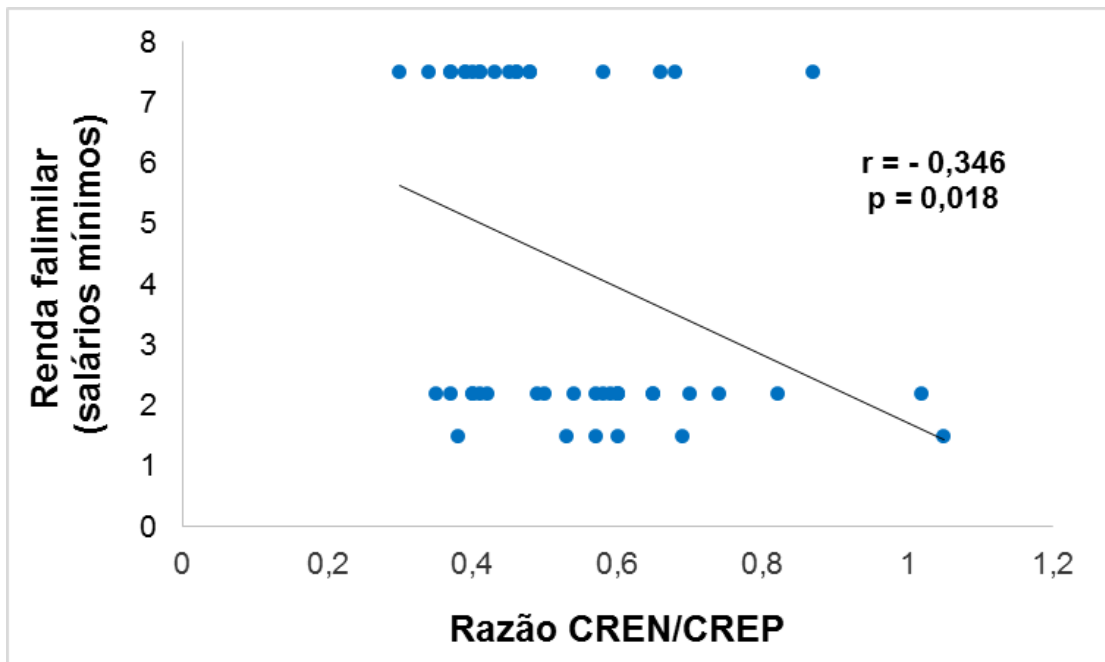


Figura 11 - Correlação entre Renda Familiar e Razão CREN/CREP dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

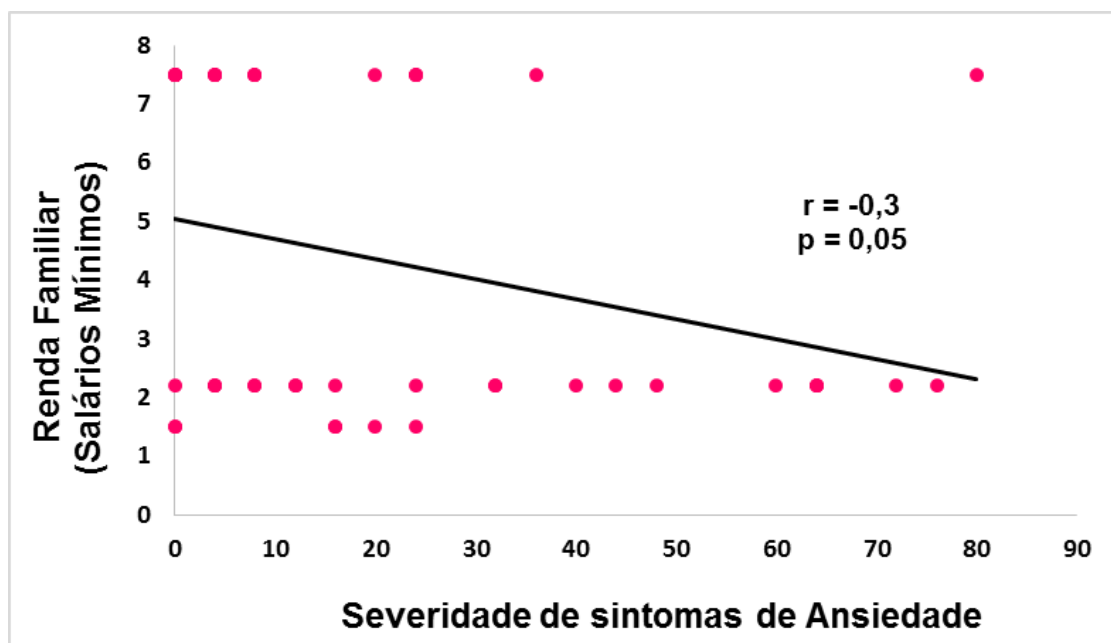


Figura 12 - Correlação entre Renda Familiar e Severidade de Sintomas de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 23 - Correlação entre religiosidade, *coping* religioso-espiritual, severidade de depressão, estresse e ansiedade e variáveis sócio demográficas dos cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Idade do cuidador		Anos de estudo do cuidador		Renda familiar	
	r	p	r	p	r	p
≥ 10 anos (n=46)						
RO	0,1	0,35	-0,1	0,50	0,3	0,054
RNO	0,0	0,60	-0,0	0,90	-0,0	0,85
RI	-0,0	0,70	0,1	0,50	0,3	0,051
CREP	0,3	0,04*	-0,1	0,40	0,1	0,30
CRE	-0,3	0,07	0,3	0,051	0,3	0,06
CRETOTAL	0,0	0,97	0,2	0,26	0,4	0,006*
CREN/CREP	0,2	0,25	-0,2	0,11	-0,3	0,018*
Severidade da Depressão	0,1	0,32	-0,29	0,40	-0,2	0,11
Severidade do Estresse	-0,0	0,51	-0,2	0,20	-0,2	0,27
Severidade da Ansiedade	0,0	0,82	-0,1	0,46	-0,3	0,046*

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não-organizacional; RI: religiosidade intrínseca; CREP: coping religioso-espiritual positivo; CREN: coping religioso-espiritual negativo; CRET: coping religioso-espiritual total; CREN/CREP: Razão coping religioso-espiritual negativo / coping religioso-espiritual positivo. *Coeficiente de correlação de Pearson significante ao nível de 5%

6.2.3.3 Correlações entre as variáveis antropométricas de crianças <10 anos e adolescentes ≥ 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com as variáveis sócio demográficas, dimensões de religiosidade, coping religioso-espiritual e sintomas de severidade de depressão, estresse e ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Não foram observadas quaisquer correlações significativas entre as variáveis antropométricas de crianças <10 anos com as variáveis sócio demográficas, dimensões de religiosidade, coping religioso-espiritual e sintomas de severidade de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores.

No grupo etário ≥ 10 anos foram observadas correlações fracas e significativas entre idade do cuidador e CA dos adolescentes ($r = 0,294$; $p = 0,047$), (FIGURA 13), entre RO do cuidador e Escore Z de IMC dos adolescentes ($r = 0,321$; $p = 0,029$), (FIGURA 14), e entre RO do cuidador e Percentil de IMC dos adolescentes ($r =$

0,327; $p = 0,026$), (FIGURA 15). Foi observada correlação moderada entre RO do cuidador e CA dos adolescentes ($r = 0,509$; $p < 0,0001$), (FIGURA 16). Foram observadas correlações fracas e significativas entre RI do cuidador e CA dos adolescentes ($r = 0,3$; $p = 0,019$), (FIGURA 17) e, correlações moderadas e significativas entre CREP do cuidador e Escore-z de IMC dos adolescentes ($r = 0,4$; $p = 0,0013$), (FIGURA 18); entre CREP do cuidador e Percentil de IMC dos adolescentes ($r = 0,4$; $p = 0,011$), (FIGURA 19) e entre CREP do cuidador e CA dos adolescentes ($r = 0,5$; $p = 0,001$), (FIGURA 20). Não foram identificadas correlações significativas, entre as variáveis Anos de Estudo, Renda Familiar, RNO, *coping* religioso/espiritual, severidade de sintoma de depressão, estresse, ansiedade com as variáveis antropométricas (tabela 24).

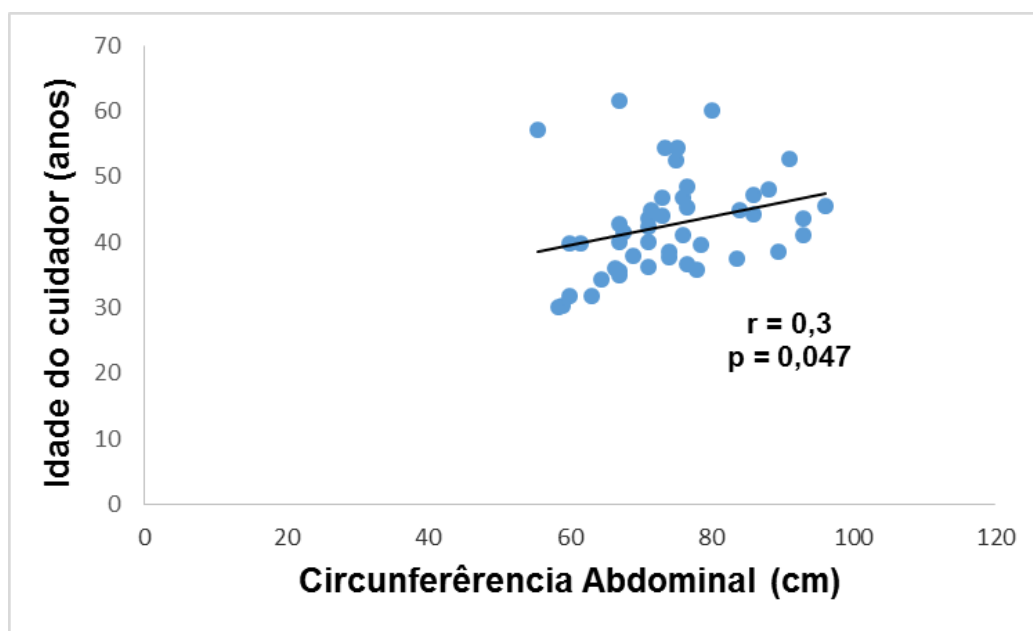


Figura 13 - Correlação entre Idade do cuidador e CA dos adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

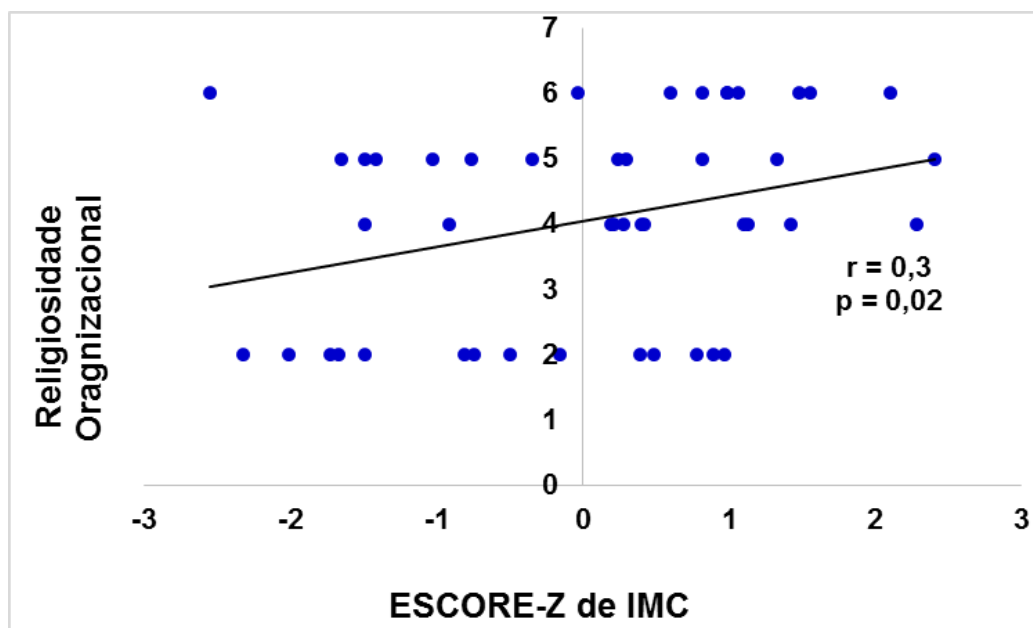


Figura 14 - Correlação entre RO dos cuidadores e Escore-z de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

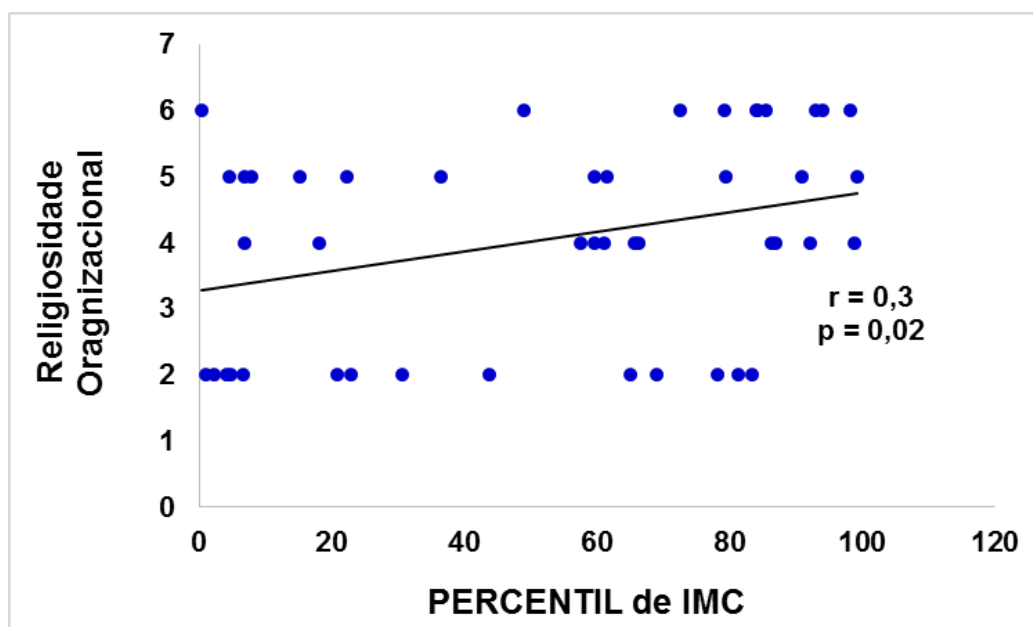


Figura 15 - Correlação entre RO dos cuidadores e Percentil de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

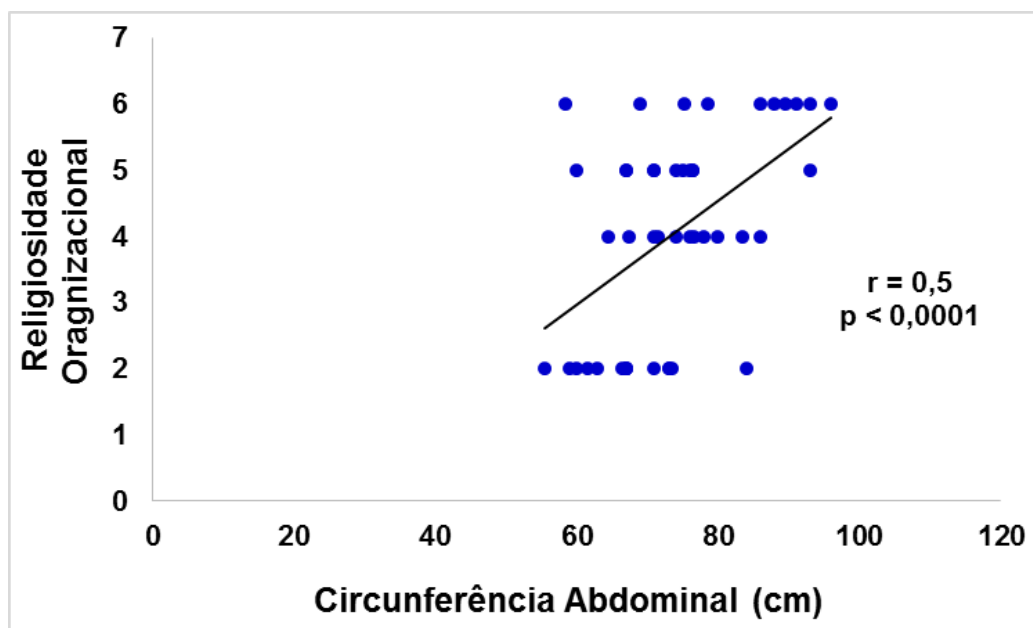


Figura 16 - Correlação entre RO dos cuidadores e CA de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

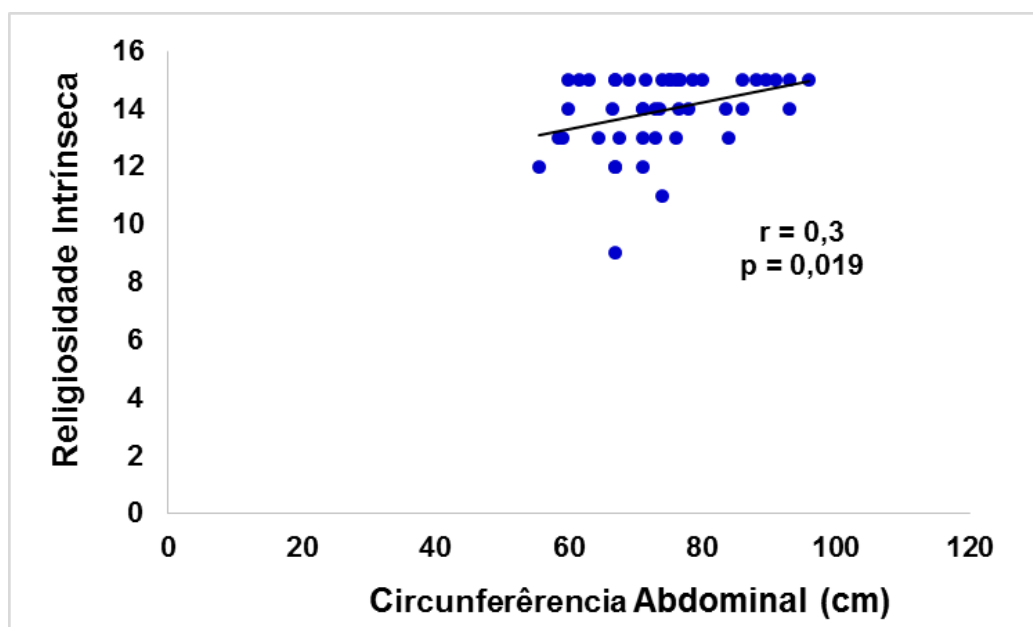


Figura 17 - Correlação entre RI dos cuidadores e CA de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

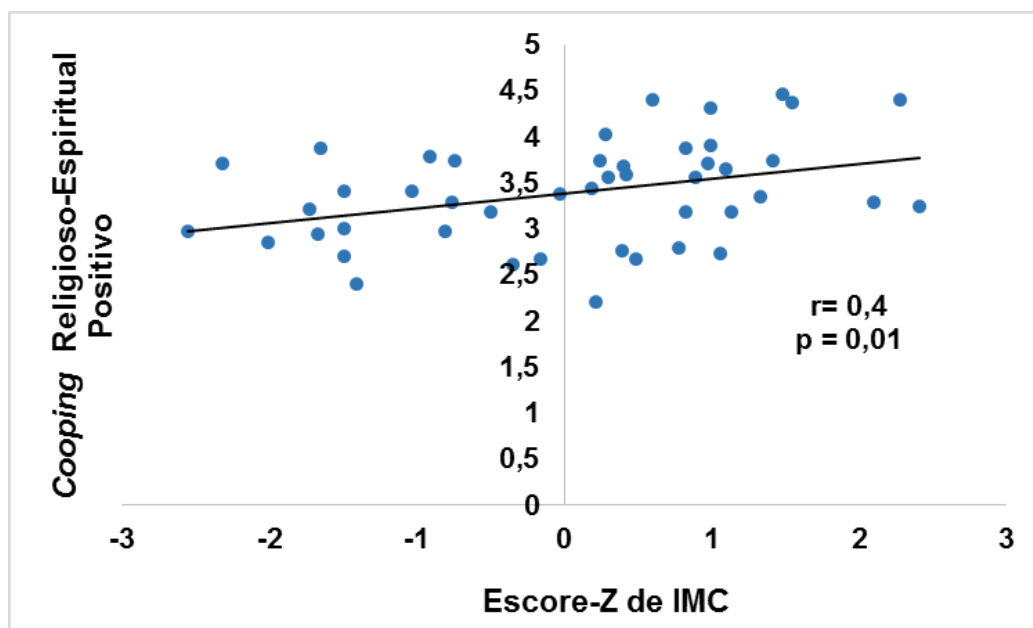


Figura 18 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Escore-z de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

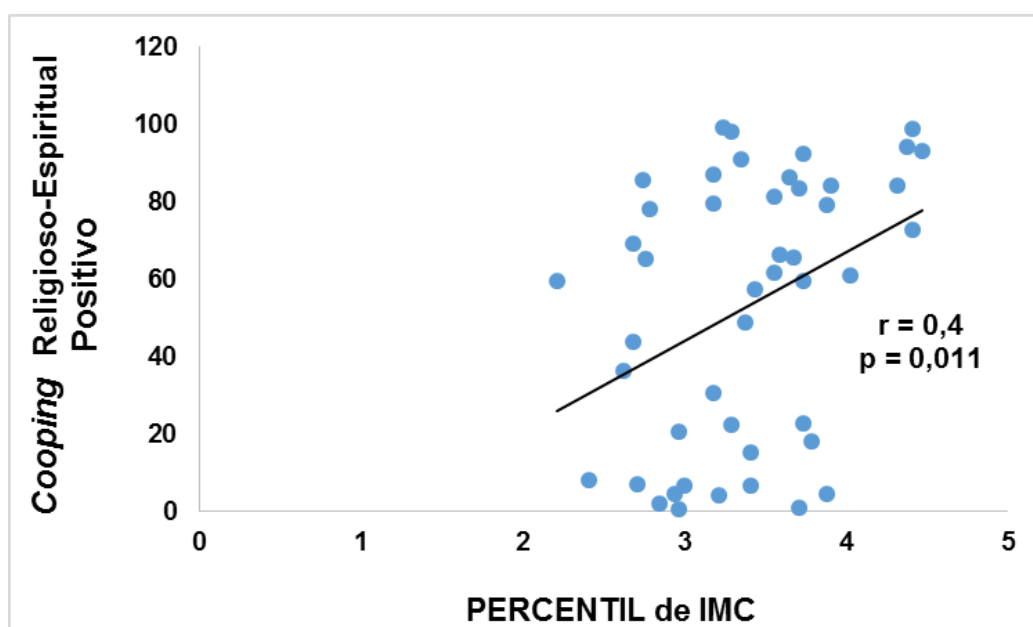


Figura 19 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Percentil de IMC de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

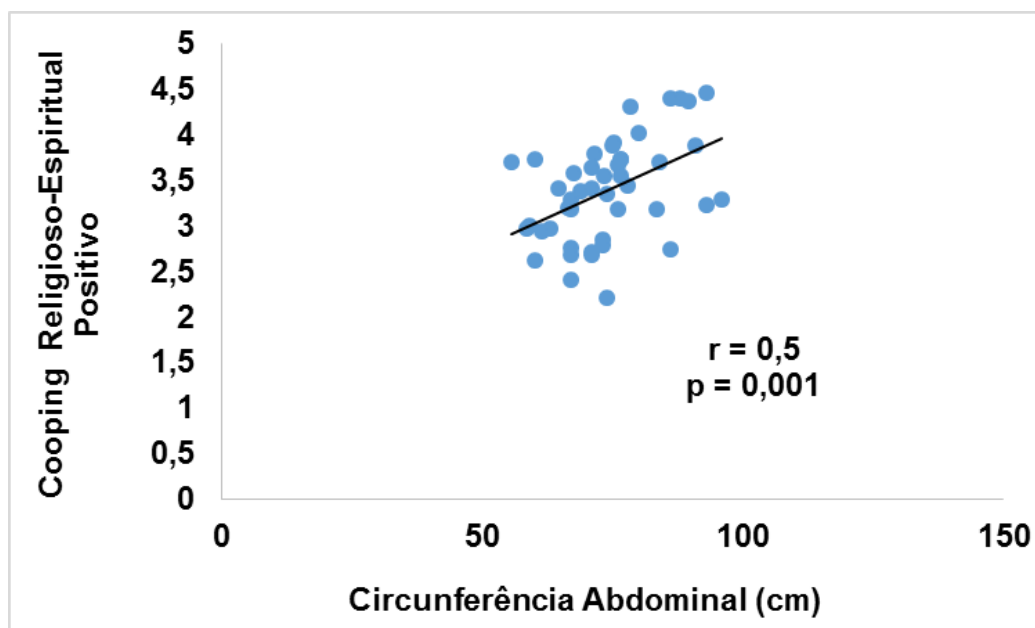


Figura 20 - Correlação entre CREP dos cuidadores e CA de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 24 - Correlação entre variáveis antropométricas de crianças e adolescentes, maiores de 10 anos de idade, assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e variáveis sócio demográficas, religiosidade, *coping* religioso-espiritual, severidade de depressão, estresse e ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Escore-z IMC		Percentil IMC		CA	
	r	p	r	p	r	p
Idade do cuidador	0,09	0,55	0,1	0,43	0,3	0,047*
Anos e estudo do cuidador	-0,0	0,90	-0,0	0,98	-0,2	0,07
Renda familiar	0,2	0,09	0,2	0,09	0,1	0,40
RO	0,3	0,029*	0,3	0,026*	0,5	<0,0001*
RNO	-0,1	0,28	-0,1	0,33	0,0	0,98
RI	0,2	0,10	0,2	0,11	0,3	0,019*
CREP	0,4	0,013*	0,4	0,011*	0,5	0,001*
CRENinv	-0,1	0,53	-0,0	0,56	-0,2	0,14
CRETOTAL	0,2	0,14	0,2	0,12	0,2	0,23
CRENinv/CREP	-0,1	0,44	-0,1	0,38	-0,0	0,79
Severidade da Depressão	-0,1	0,25	-0,1	0,38	-0,0	0,984
Severidade do Estresse	0,0	0,73	0,0	0,96	0,1	0,46
Severidade da Ansiedade	0,0	0,92	0,0	0,76	-0,0	0,82

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: IMC: Índice de massa corporal; CA: Circunferencia abdominal; RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não-organizacional; RI: religiosidade intrínseca; CREP: coping religioso-espiritual positivo; CREN: coping religioso-espiritual negativo; CRET: coping religioso-espiritual total; CREN/CREP: Razão coping religioso-espiritual negativo / coping religioso-espiritual positivo.

*Coeficiente de correlação de Pearson significante ao nível de 5%

6.2.3.4 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e as variáveis sócio demográficas de seus cuidadores

No grupo etário <10 anos as correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico das crianças com as variáveis sócio demográficas não apresentaram significância estatística. Ao analisar as correlações no grupo etário ≥10 verificou-se associação inversa e fraca entre GPP e FRUTO dos adolescentes com Anos de estudo do cuidador ($r = -0,318$; $p = 0,031$), (FIGURA 21), ($r = -0,321$; $p = 0,030$), (FIGURA 22), respectivamente e ainda, moderada entre FRUTO dos adolescentes e Renda familiar ($r = -0,434$; $p = 0,003$), (FIGURA 23), (TABELA 25).

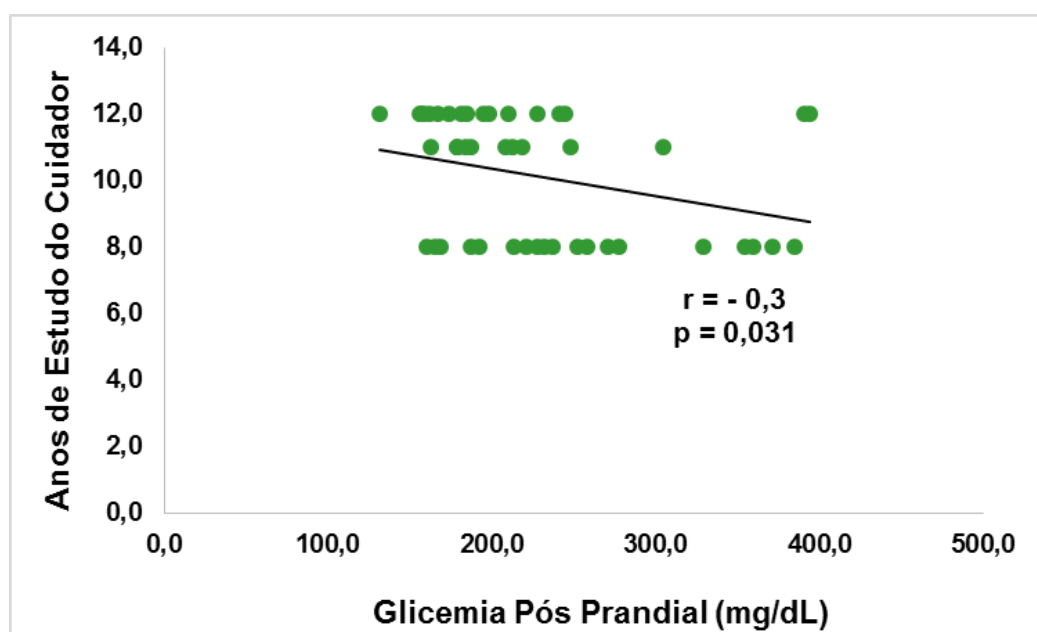


Figura 21 -Correlação entre Anos de Estudo dos Cuidadores e GPP de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora,2019

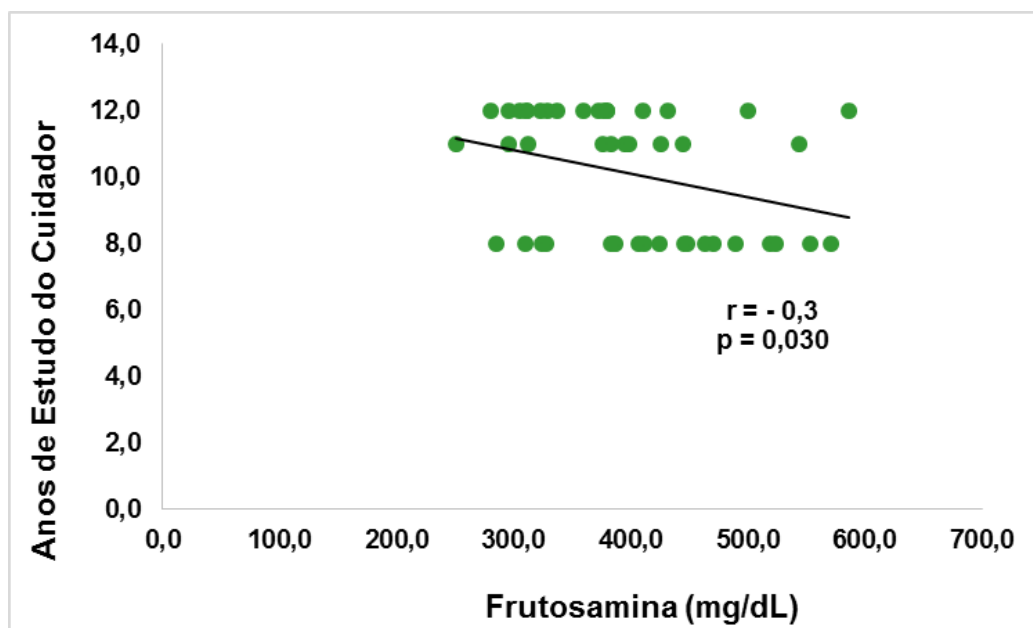


Figura 22 - Correlação entre Anos de Estudo dos Cuidadores e GPP de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

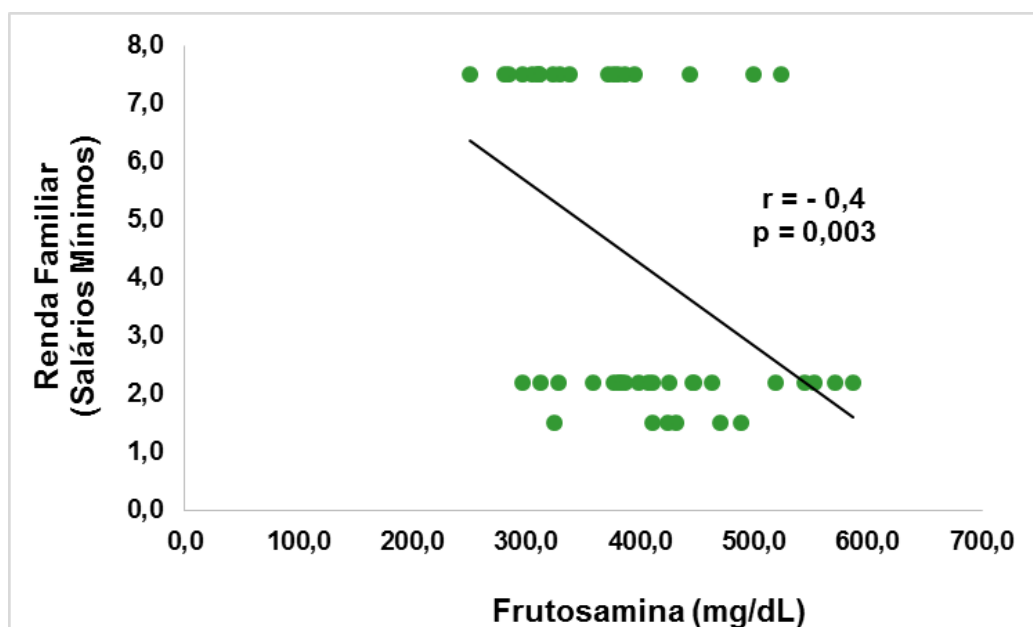


Figura 23 - Correlação entre Renda Familiar dos Cuidadores e Frutosamina de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 25 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com variáveis sócio demográficas de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Idade do cuidador		Anos de estudo do cuidador		Renda familiar	
	r	p	r	p	r	p
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	-0,2	0,18	0,0	0,66	-0,0	0,58
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	-0,1	0,33	-0,3	0,031*	-0,2	0,22
\bar{X} HbA1c (%) [#]	-0,1	0,47	-0,1	0,40	-0,1	0,30
\bar{X} Δ HbA1c [#]	-0,1	0,24	-0,1	0,40	-0,2	0,11
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	-0,1	0,24	-0,3	0,030*	-0,4	0,003*
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	-0,0	0,60	0,0	0,81	0,0	0,76
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	0,1	0,50	-0,1	0,38	0,0	0,88
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	-0,2	0,14	0,1	0,30	0,0	0,95
\bar{X} LDL-c [#]	-0,1	0,50	-0,0	0,81	0,1	0,47
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	-0,0	0,92	-0,0	0,94	0,0	0,78

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: [#]GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol. *Coeficiente de correlação de Pearson significativa ao nível de 5%

6.2.3.5 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥ 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com RO, RNO E RI dos cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Ao correlacionar as variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico das crianças e adolescentes com os domínios RO, RNO e RI dos cuidadores, no grupo etário menor que 10 anos, verificou-se associação inversa e moderada entre Δ HbA1c das crianças e RI dos cuidadores ($r = -0,615$; $p = 0,025$), (FIGURA 24); forte e inversa entre FRUTO das crianças e RO dos cuidadores ($r = -0,738$; $p = 0,004$), (FIGURA 25); positiva e moderada entre CT das crianças e RNO dos cuidadores ($r = 0,686$; $p = 0,010$), (FIGURA 26), bem como direta e moderada entre LDL-c crianças e RNO dos cuidadores ($r = 0,571$; $p = 0,042$), (FIGURA 27). No grupo etário ≥ 10 anos, verificou-se associação inversa e fraca entre CT, TG e Não-HDL-c dos

adolescentes com RNO dos cuidadores ($r = -0,310$; $p = 0,032$), (FIGURA 28), ($r = -0,323$; $p = 0,029$), (FIGURA 29) e ($r = -0,319$; $p = 0,031$), (FIGURA 30), respectivamente. Os dados das correlações estão representados na tabela 26.

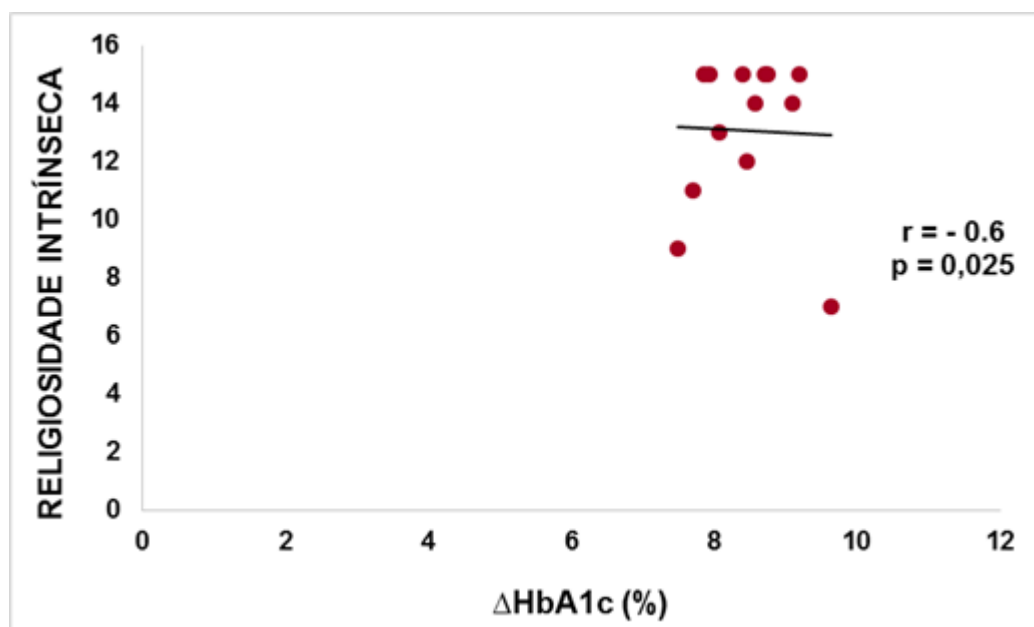


Figura 24 - Correlação entre RI dos cuidadores e $\Delta\text{HbA1c (\%)}$ de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

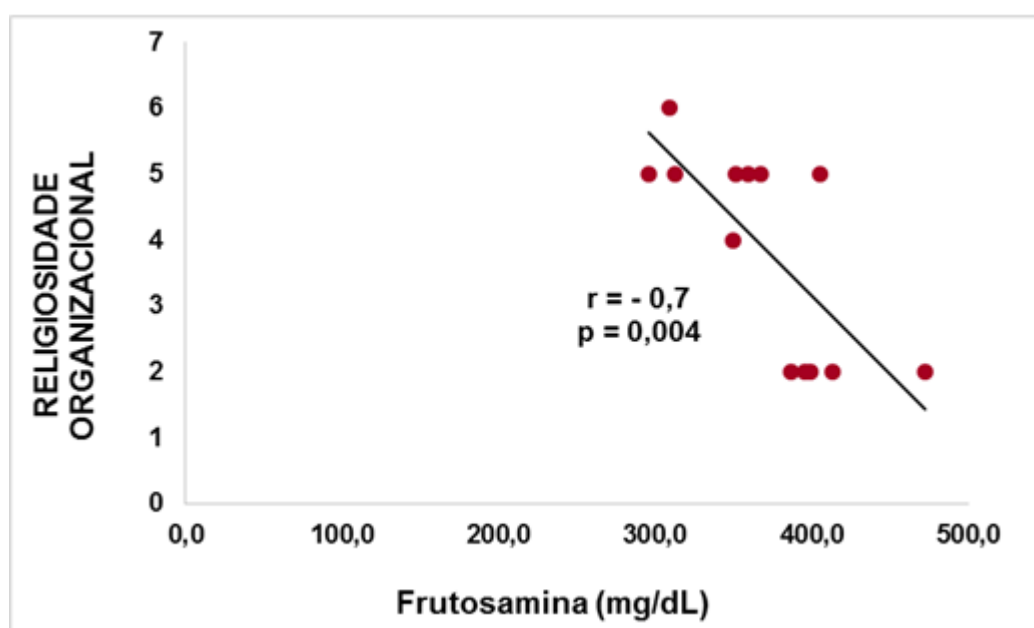


Figura 25 - Correlação entre RO dos cuidadores e Frutosamina de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

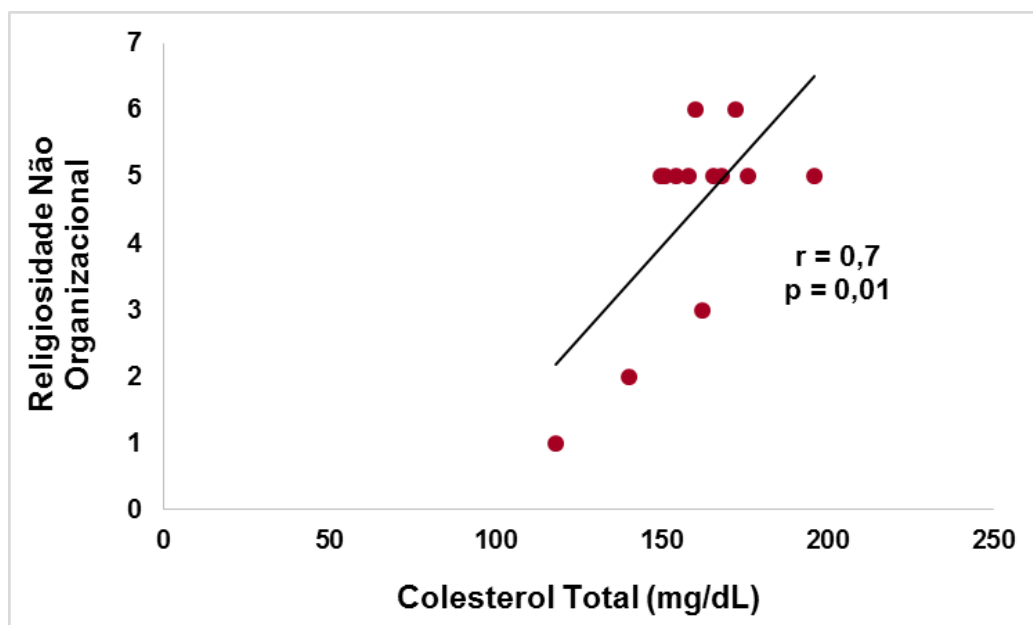


Figura 26 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Total de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

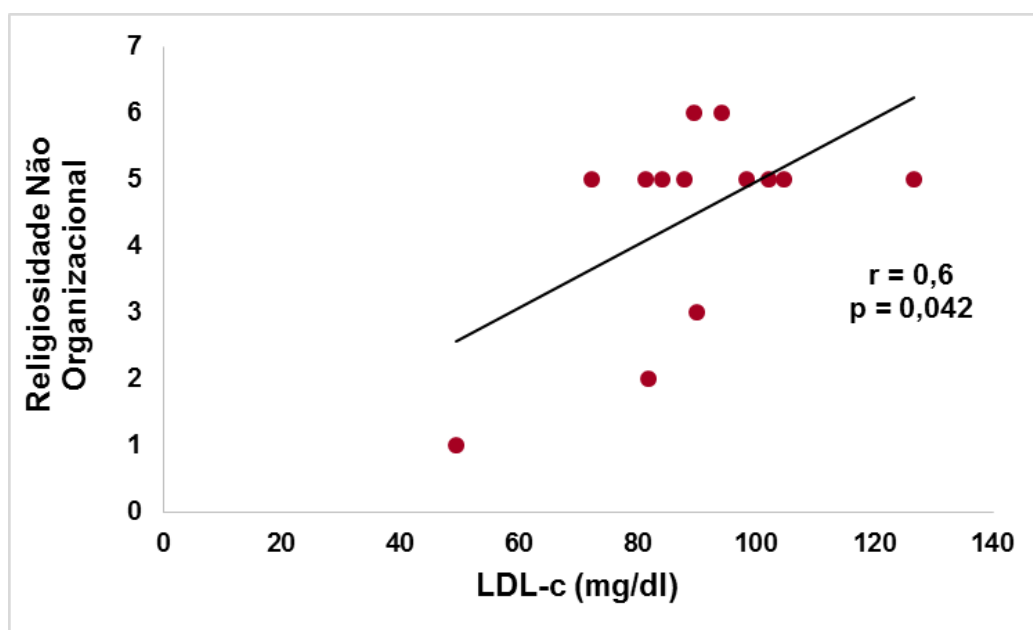


Figura 27 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Total de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

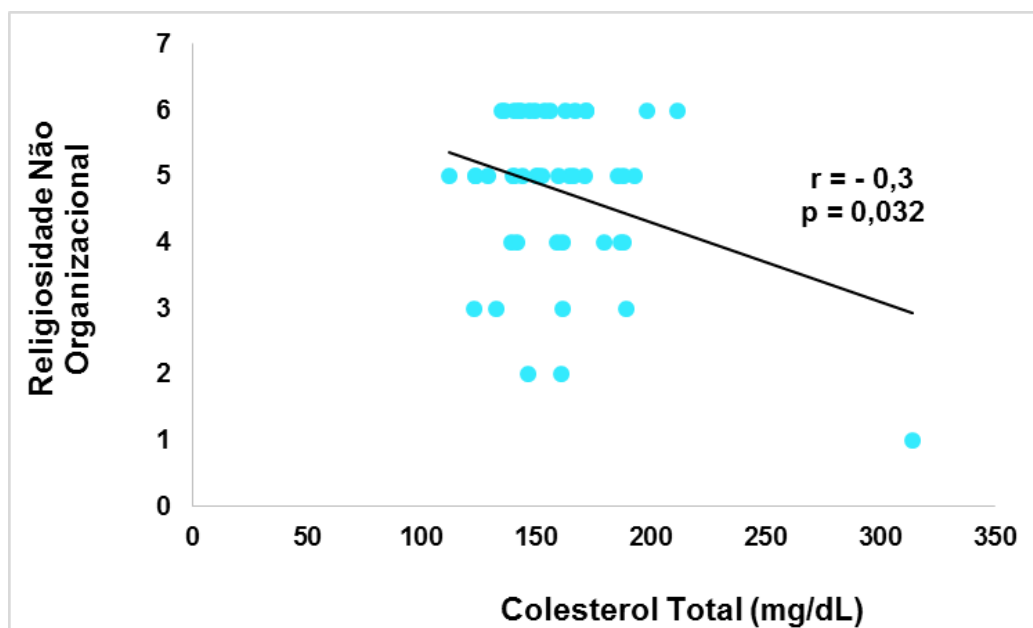


Figura 28 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Total de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

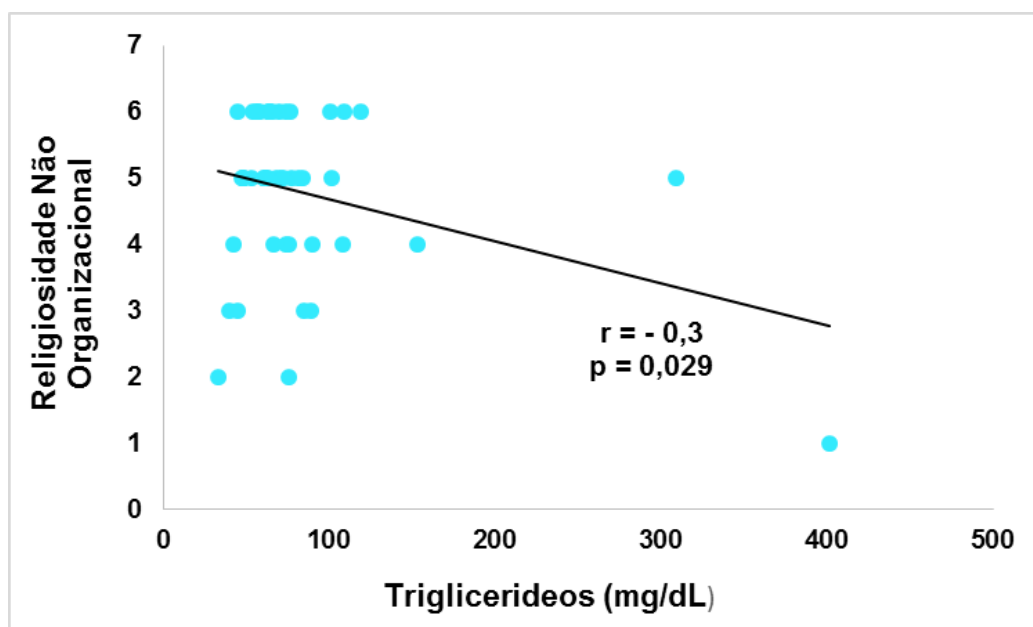


Figura 29 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Triglicerídeos de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

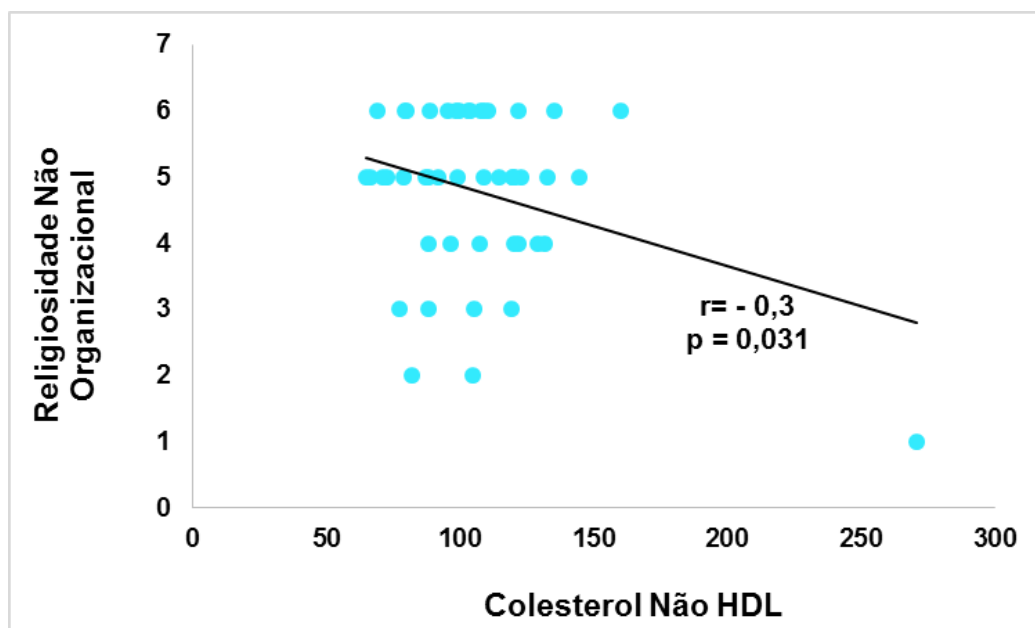


Figura 30 - Correlação entre RNO dos cuidadores e Colesterol Não HDL de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 26 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e religiosidade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	RO		RNO		RI	
	r	p	r	p	r	p
<10 anos						
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	-0,4	0,21	-0,2	0,44	-0,3	0,35
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	-0,1	0,70	0,0	0,96	-0,1	0,67
\bar{X} HbA1c (%) [#]	0,0	0,79	0,4	0,2	-0,0	0,91
\bar{X} Δ HbA1c [#]	-0,4	0,13	-0,0	0,97	-0,6	0,025*
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	-0,7	0,004*	0,1	0,65	-0,4	0,15
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	0,0	0,80	0,7	0,010*	0,3	0,23
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	0,0	0,99	0,2	0,56	-0,0	0,85
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	0,3	0,27	0,3	0,25	0,2	0,40
\bar{X} LDL-c [#]	-0,0	0,83	0,6	0,042*	0,3	0,33
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	-0,0	0,80	0,5	0,08	0,2	0,46
≥ 10 anos						
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	0,0	0,83	-0,1	0,34	-0,0	0,70
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	0,1	0,40	-0,2	0,14	-0,0	0,53
\bar{X} HbA1c (%) [#]	0,1	0,38	-0,0	0,72	0,0	0,70
\bar{X} Δ HbA1c [#]	-0,0	0,87	0,0	0,73	-0,0	0,66
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	0,0	0,90	-0,1	0,29	-0,2	0,06
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	0,2	0,09	-0,3	0,032*	-0,0	0,77
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	0,3	0,06	-0,3	0,029*	-0,0	0,84
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	-0,0	0,70	0,0	0,72	-0,0	0,51
\bar{X} LDL-c [#]	0,2	0,11	-0,2	0,22	0,0	0,88
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	0,3	0,07	-0,3	0,031*	-0,0	0,92

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não-organizacional; RI: religiosidade intrínseca; [#]GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c - non high density lipoprotein cholesterol. *Coeficiente de correlação de Pearson significativo ao nível de 5%

6.2.3.6 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com CREP, CREN, CRETOTAL e CREN/CREP de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Foram observadas correlações inversa e moderada entre GJ e CREP ($r = -0,632$; $p = 0,021$) (FIGURA 31) e, moderada e direta entre CT e CREP ($r = 0,566$; $p = 0,04$) (FIGURA 32) no grupo etário <10 anos (tabela 27). Não foram observadas correlações significantes entre as outras variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico nesse grupo etário e nenhuma correlação no grupo etário ≥10 anos.

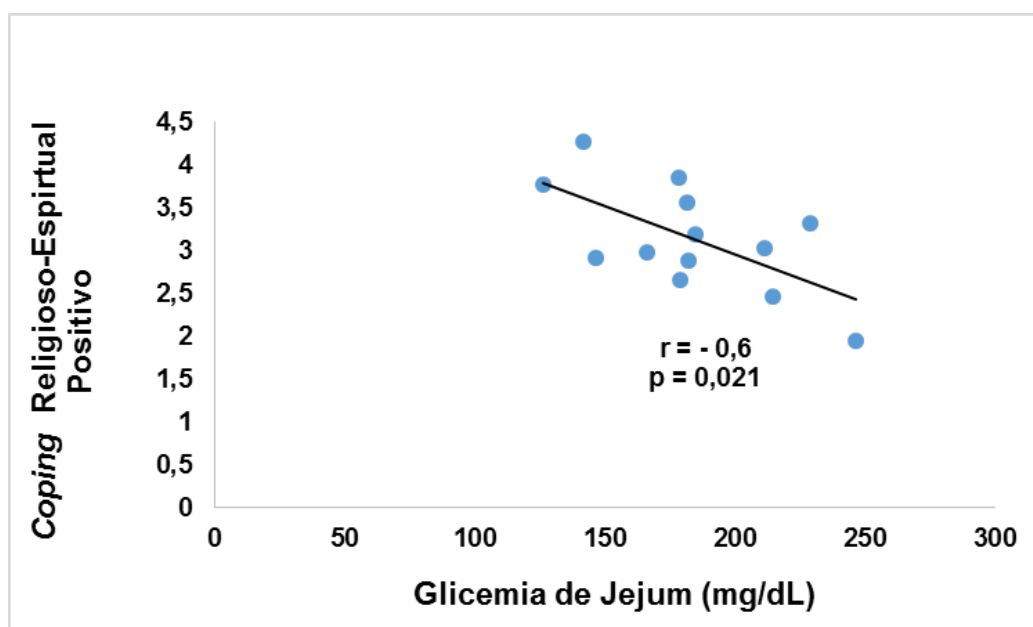


Figura 31 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Glicemia de Jejum de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

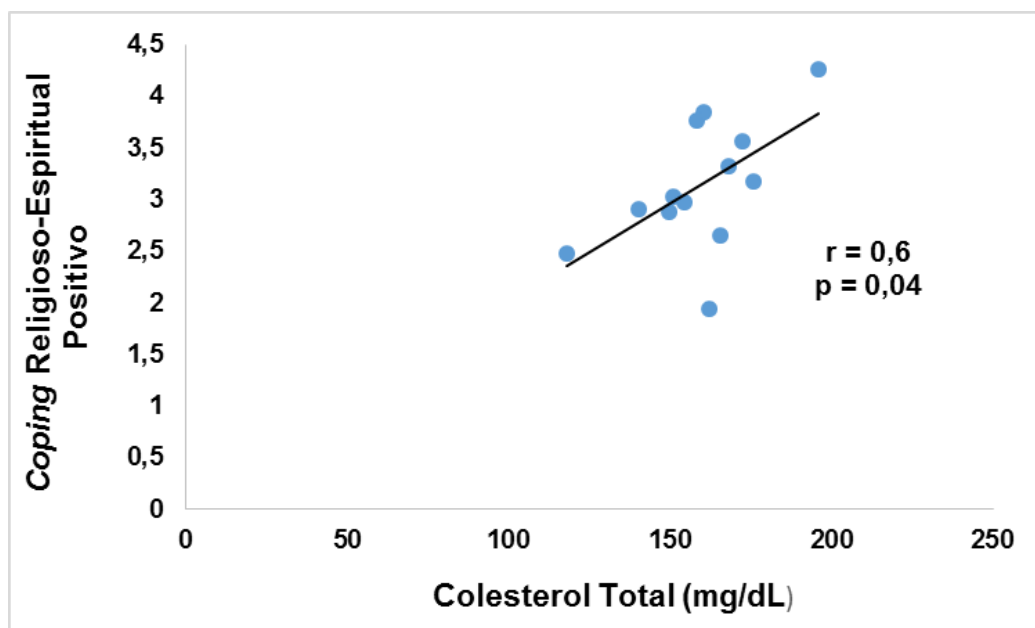


Figura 32 - Correlação entre CREP dos cuidadores e Colesterol Total de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 27 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes menores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e *coping* religioso-espiritual de seus cuidadores, Uberaba-MG, Brasil, 2017

Variáveis Analisadas	CREP		CREN		CRETOTAL		CREN/CREP	
	r	p	r	p	r	p	r	p
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	-0,6	0,021*	0,2	0,51	-0,4	0,14	0,4	0,22
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	-0,1	0,7	-0,4	0,20	-0,3	0,30	0,3	0,25
\bar{X} HbA1c (%) [#]	0,2	0,40	-0,2	0,45	0,0	0,80	-0,1	0,71
\bar{X} Δ HbA1c [#]	-0,3	0,25	-0,1	0,64	-0,4	0,20	0,3	0,22
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	-0,3	0,26	-0,34	0,25	-0,5	0,08	0,4	0,12
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	0,6	0,04*	-0,2	0,43	0,3	0,25	-0,1	0,61
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	0,1	0,70	-0,0	0,91	0,0	0,80	-0,0	0,86
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	0,3	0,30	0,2	0,45	0,4	0,15	-0,3	0,20
\bar{X} LDL-c [#]	0,5	0,11	-0,3	0,25	0,2	0,53	-0,0	0,93
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	0,4	0,18	-0,3	0,27	0,1	0,66	0,0	0,94

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: CREP: coping religioso-espiritual positivo; CREN: coping religioso-espiritual negativo; CRET: coping religioso-espiritual total; CREN/CREP: Razão coping religioso-espiritual negativo / coping religioso-espiritual positivo [#]GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol. *Coeficiente de correlação de Pearson significativo ao nível de 5%

6.2.3.7 Correlações entre as variáveis de controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças <10 anos e adolescentes ≥ 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Foi observada apenas uma correlação significativa, inversa e fraca entre LDL-c dos adolescentes >10 anos com severidade de sintomas de depressão do cuidador ($r = -0,300$; $p = 0,043$), (FIGURA 33), (tabela 28). Não foram observadas correlações significantes entre as outras variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico neste grupo etário e nenhuma correlação no grupo de crianças <10 anos.

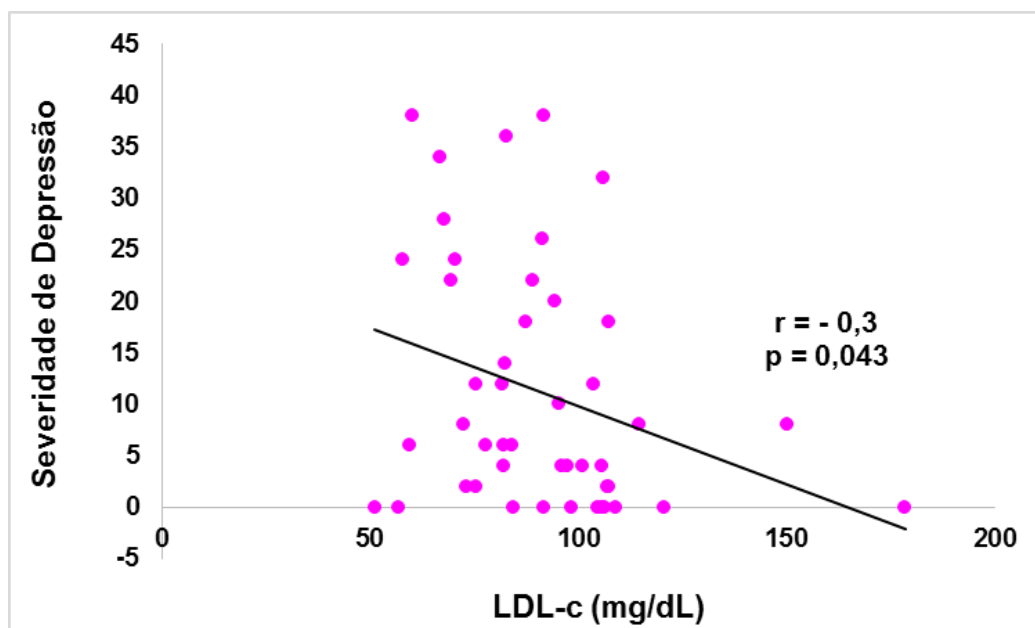


Figura 33 - Correlação entre Severidade de Depressão dos cuidadores e Colesterol Total de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 28 - Correlação entre variáveis do controle glicêmico e do perfil lipídico de crianças e adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com a severidade de depressão, estresse e ansiedade de seus cuidadores, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Severidade da Depressão		Severidade do Estresse		Severidade da Ansiedade	
	r	p	r	p	r	p
\bar{X} GJ (mg/dL) [#]	-0,0	0,99	-0,0	0,77	0,11	0,45
\bar{X} GPP (mg/dL) [#]	0,1	0,38	0,1	0,38	0,2	0,20
\bar{X} HbA1c (%) [#]	-0,0	0,80	-0,0	0,85	0,0	0,70
\bar{X} Δ HbA1c [#]	-0,0	0,92	-0,0	0,94	-0,0	0,61
\bar{X} Fruto (μ mol/L) [#]	0,2	0,24	0,2	0,14	0,25	0,08
\bar{X} CT (mg/dL) [#]	-0,2	0,10	-0,0	0,70	-0,1	0,34
\bar{X} TG (mg/dL) [#]	-0,0	0,61	-0,0	0,76	-0,0	0,77
\bar{X} HDL-c (mg/dL) [#]	0,0	0,93	-0,0	0,80	-0,0	-0,53
\bar{X} LDL-c [#]	-0,3	0,043*	-0,0	0,68	-0,1	0,30
\bar{X} não HDL-c (mg/dL) [#]	-0,2	0,11	-0,0	0,76	-0,1	0,46

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: #GJ: glicemia de jejum; GPP: glicemia pós-prandial; HbA1c: hemoglobina glicada; Δ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL-c - high density lipoprotein cholesterol; LDL-c: low density lipoprotein cholesterol; não HDL-c – non high density lipoprotein cholesterol. *Coeficiente de correlação de Pearson significativa ao nível de 5%

6.2.3.8 Correlações entre CREP, CRETOTAL E CREN/CREP com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças <10 anos e adolescentes ≥ 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Não foram observadas correlações significantes entre CREP, CRETOTAL E CREN/CREP com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças <10 anos. No entanto foram observadas correlações diretas, moderadas a fortes e significantes entre CREN dos cuidadores com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores ($r = 0,736$; $p = 0,004$), (FIGURA 34), ($r = 0,601$; $p = 0,030$), (FIGURA 35), ($r = 0,873$; $p < 0,0001$), (FIGURA 36) (tabela 29).

No grupo etário ≥ 10 anos não foi observada correlação apenas entre CREP do cuidador com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade do cuidador. Entre CREN do cuidador com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade do cuidador foram observadas correlações diretas, significativas e moderadas ($r = 0,565$; $p < 0,0001$), (FIGURA 37), ($r = 0,499$; $p < 0,0001$), (FIGURA 38), ($r = 0,502$; $p < 0,0001$), (FIGURA 39); e entre CREN/CREP do cuidador com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade do cuidador correlações diretas, significativas e moderadas ($r = 0,559$; $p < 0,0001$) (FIGURA 43), ($r = 0,459$; $p = 0,001$), (FIGURA 44), ($r = 0,460$; $p = 0,001$), (FIGURA 45). O CRETOTAL do cuidador apresentou correlações inversas e moderada com severidade de sintomas de depressão e ansiedade do cuidador ($r = -0,504$; $p = 0,001$), (FIGURA 40) e ($r = -0,413$; $p = 0,001$), (FIGURA 41) e, negativa e fraca com sintomas de estresse do cuidador ($r = -0,380$; $p = 0,009$), (FIGURA 42), (tabela 29).

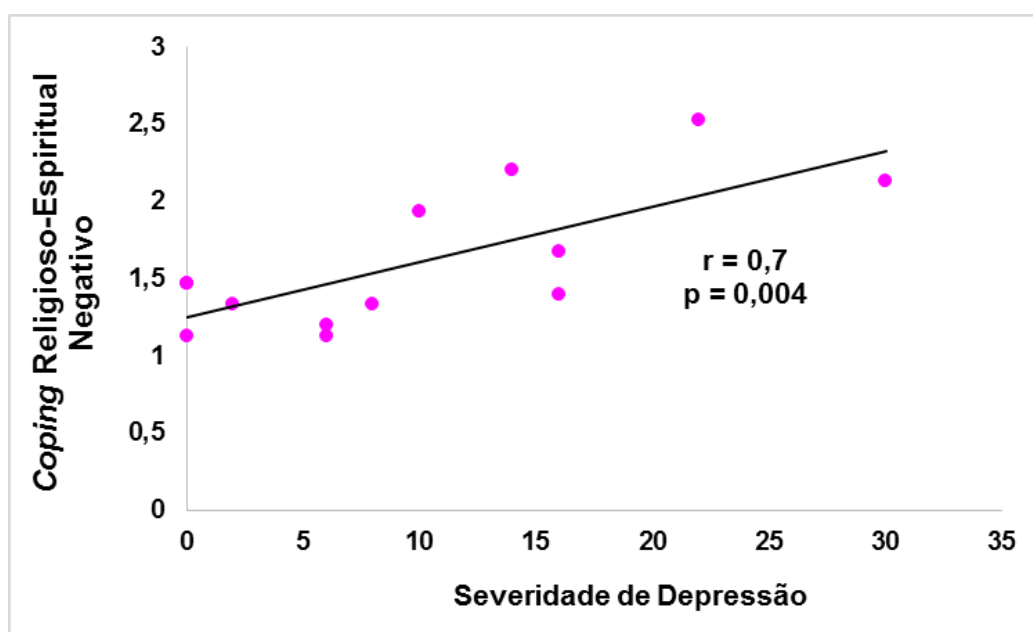


Figura 34 - Correlação entre CREN e Severidade de Depressão dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

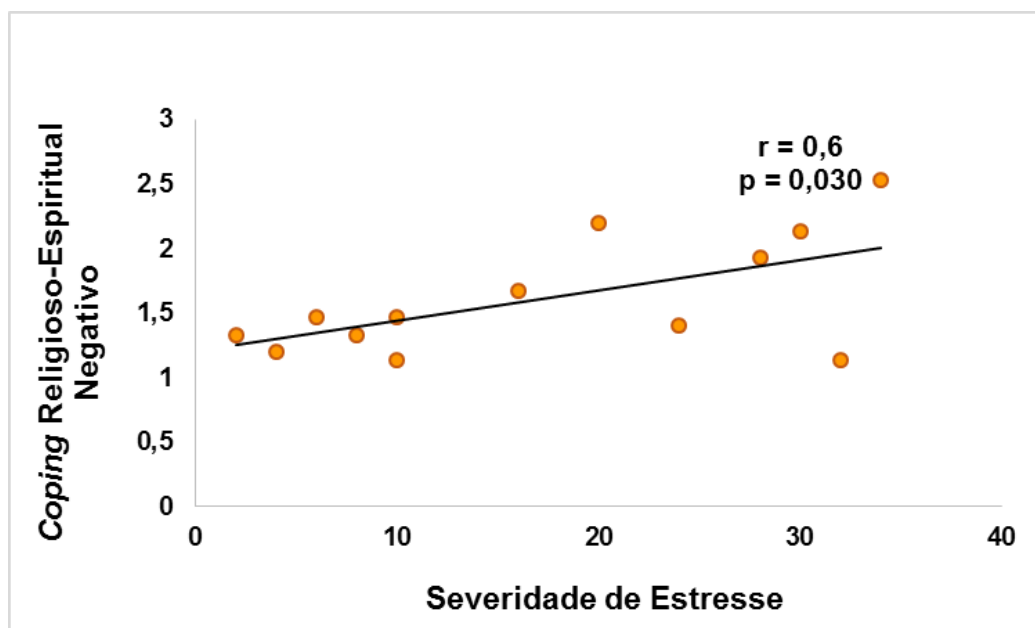


Figura 35 -Correlação entre CREN e Severidade de Estresse dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

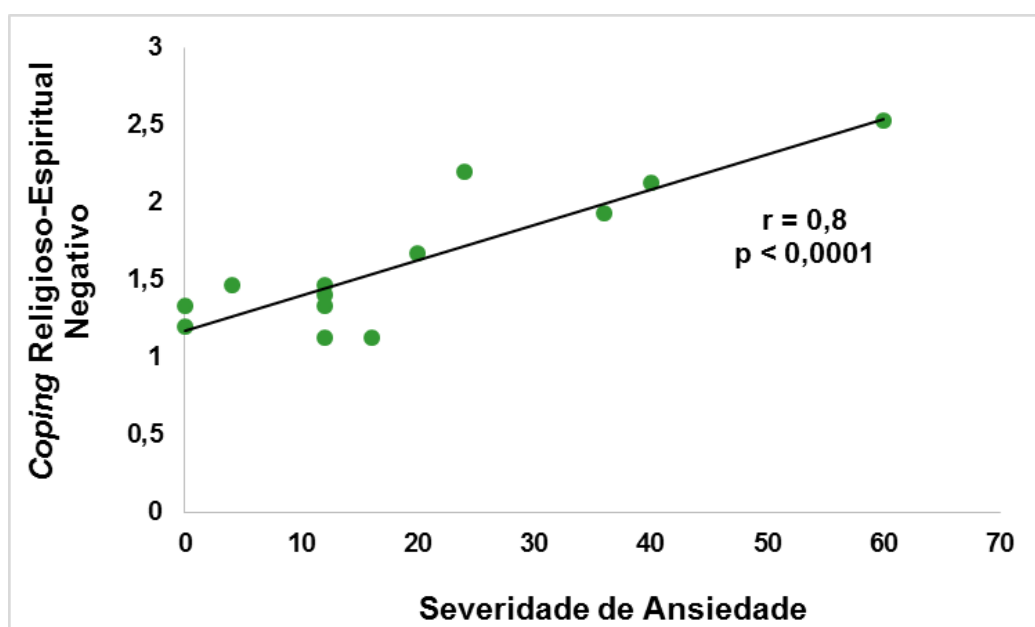


Figura 36 - Correlação entre CREN e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

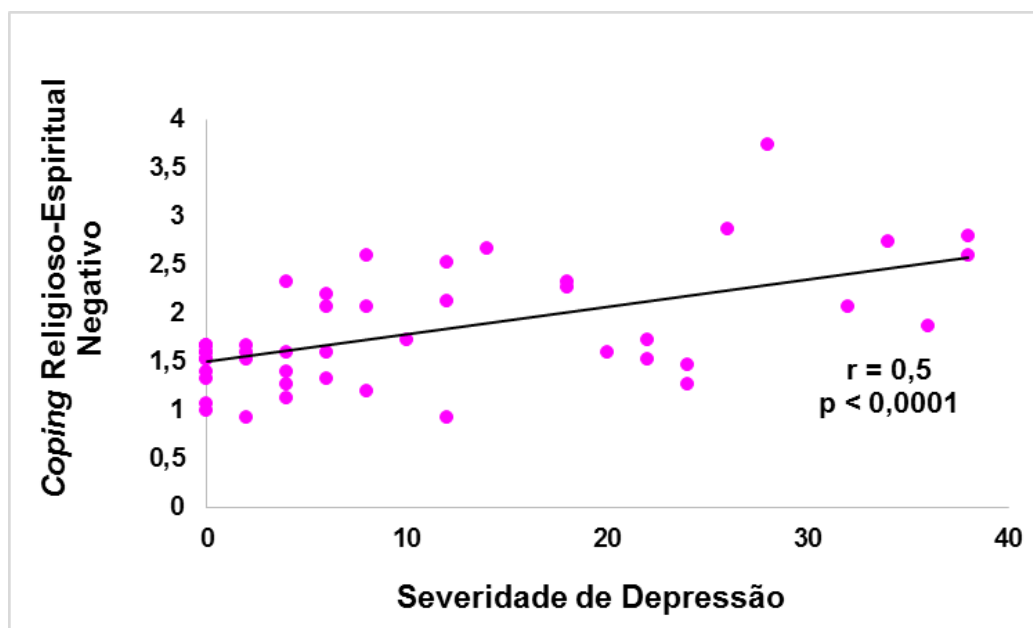


Figura 37 - Correlação entre CREN e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

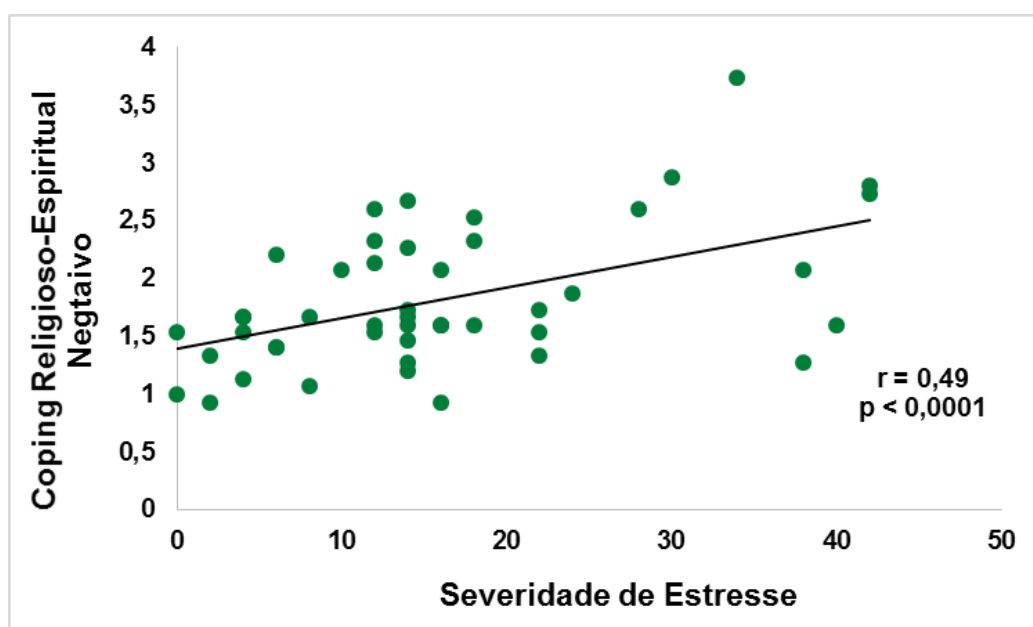


Figura 38 - Correlação entre CREN e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

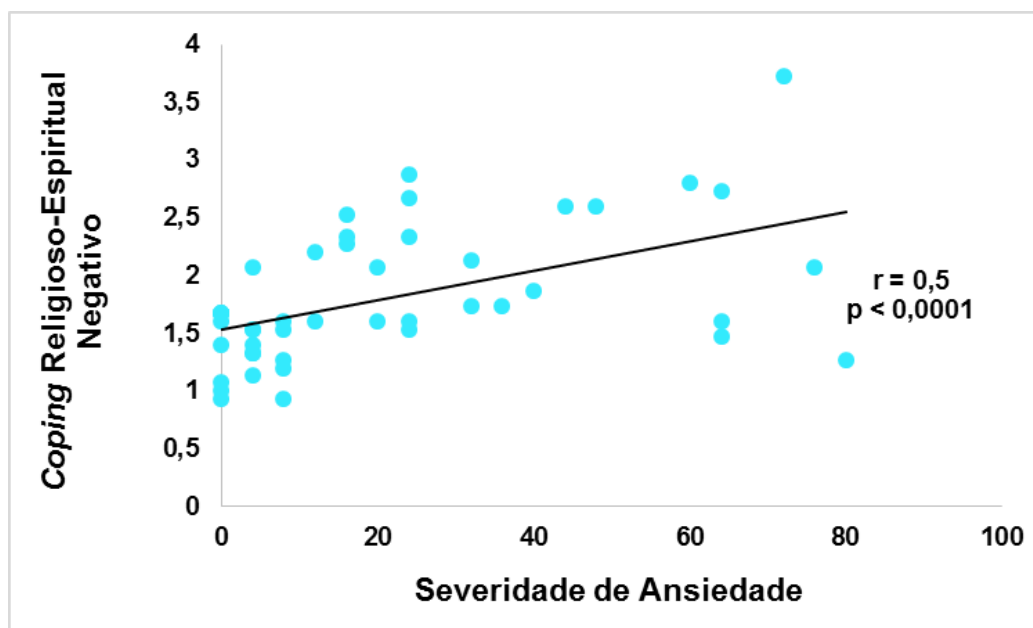


Figura 39 - Correlação entre CREN e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

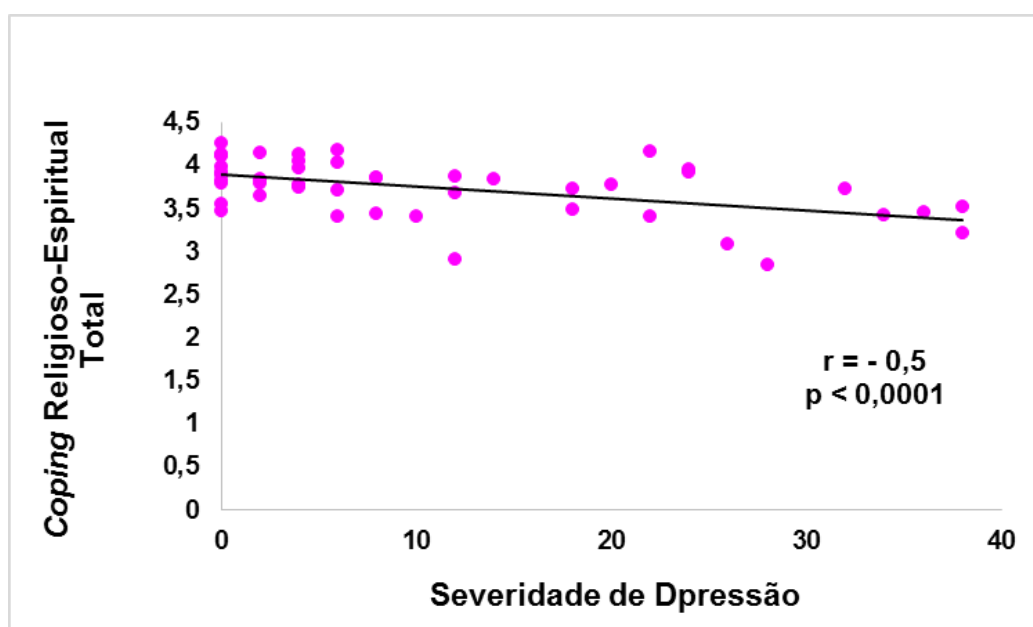


Figura 40 - Correlação entre CRETOTAL e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

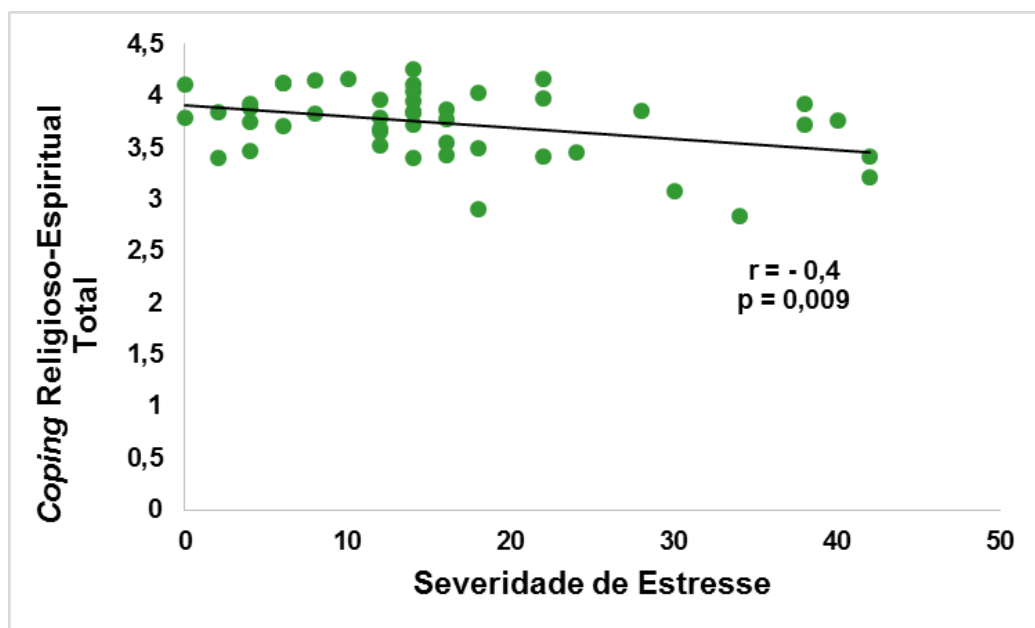


Figura 41 - Correlação entre CRETOTAL e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

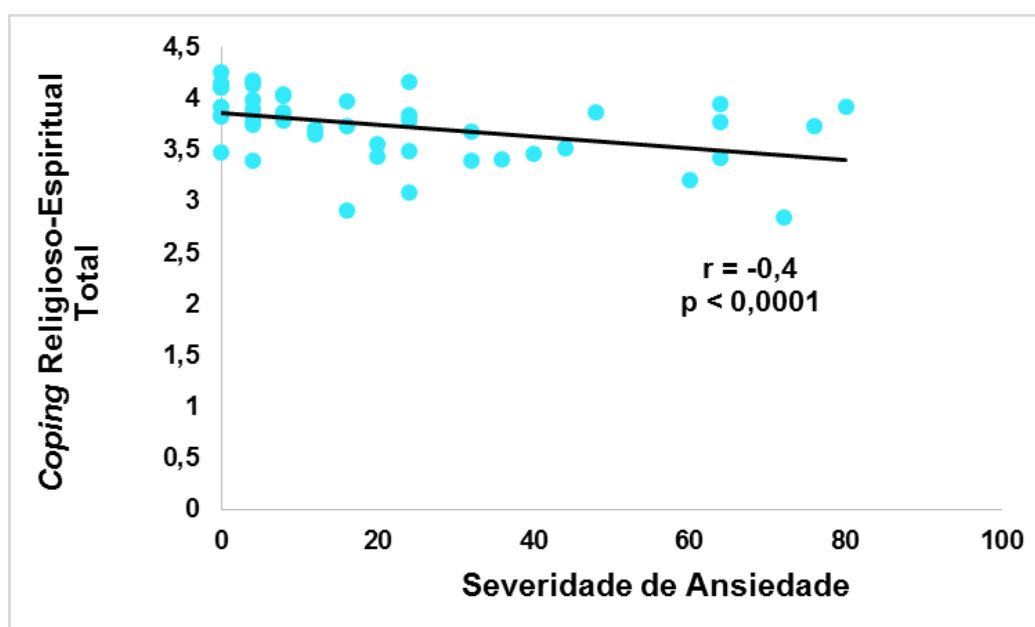


Figura 42 - Correlação entre CRETOTAL e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

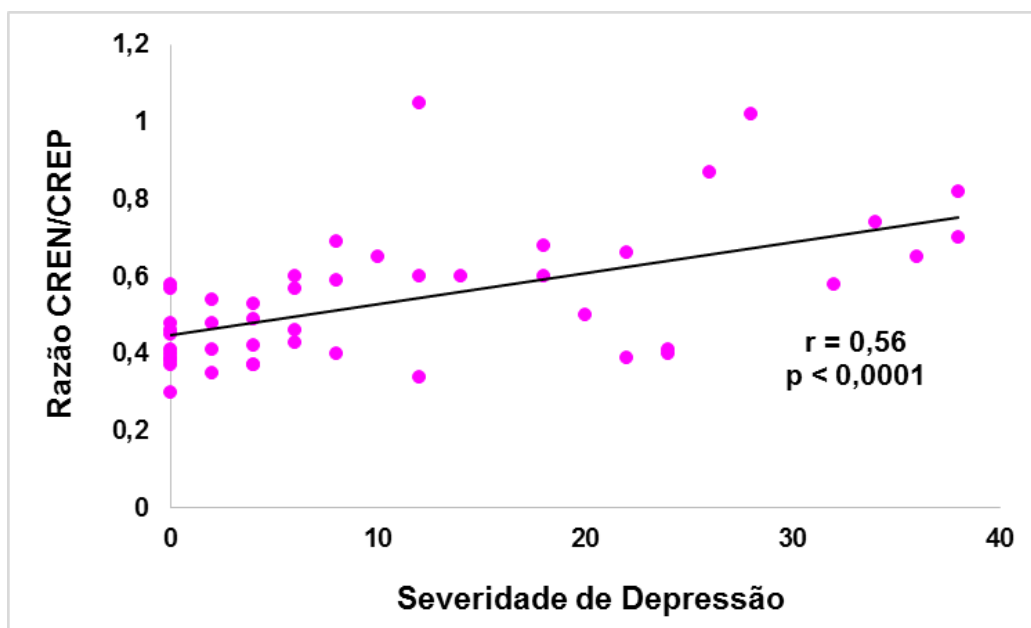


Figura 43 - Correlação entre Razão CREN/CREP e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

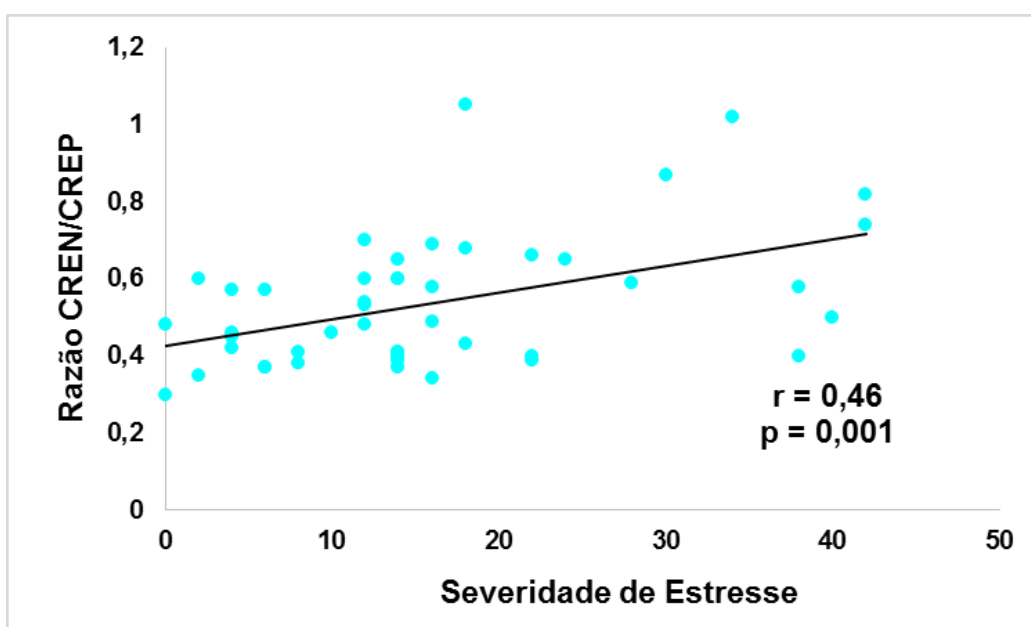


Figura 44 - Correlação entre Razão CREN/CREP e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

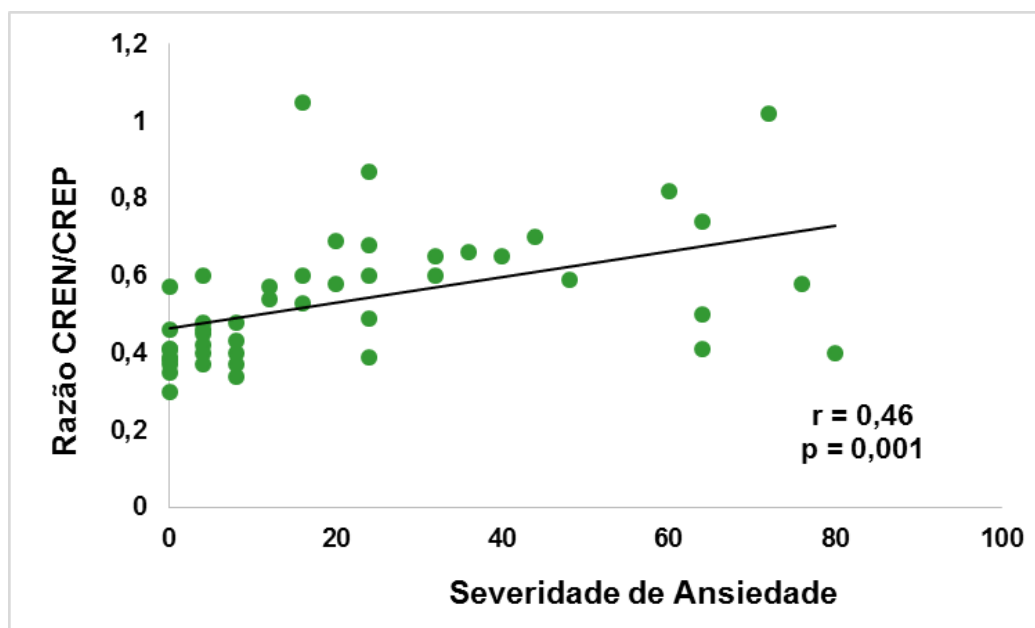


Figura 45 - Correlação entre Razão CREN/CREP e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 29 - Correlação entre *coping* religioso-espiritual com a severidade de depressão, estresse e ansiedade dos seus cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Variáveis Analisadas	Severidade da Depressão		Severidade do Estresse		Severidade da Ansiedade	
	r	p	r	p	r	p
<10 anos						
CREP	0,2	0,42	0,3	0,30	0,3	0,32
CREN	0,736	0,004*	0,601	0,030*	0,873	<0,0001*
CRETOTAL	-0,2	0,41	-0,1	0,74	-0,3	0,33
CREN/CREP	0,4	0,19	0,3	0,23	0,5	0,060
≥10 anos						
CREP	0,0	0,83	0,1	0,50	0,1	0,64
CREN	0,56	<0,0001*	0,49	<0,0001*	0,5	<0,0001*
CRETOTAL	-0,5	<0,0001*	-0,4	0,009*	-0,4	<0,0001*
CREN/CREP	0,56	<0,0001*	0,45	0,001*	0,46	0,001*

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: CREP: *coping* religioso-espiritual positivo; CREN: *coping* religioso-espiritual negativo; CRET: *coping* religioso-espiritual total; CREN/CREP: Razão *coping* religioso-espiritual negativo / *coping* religioso-espiritual positivo. *Coeficiente de correlação de Pearson significativa ao nível de 5% - $p \leq 0,05$

6.2.3.8 Correlações entre Fatores de CREN com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças <10 anos e adolescentes >10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Ao correlacionar os fatores de CREN dos cuidadores com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores no grupo de crianças <10 anos foram observadas correlações positiva e significativa do fator N2 – *Posição negativa frente a Deus* - com sintomas de ansiedade ($r = 0,597$; $p = 0,031$), (FIGURA 46); fortes entre o fator N4 – *Insatisfação com o outro institucional* - com depressão ($r = 0,809$; $p = 0,001$), (FIGURA 47) e com ansiedade ($r = 0,875$; $p < 0,0001$), (FIGURA 49) e moderada com estresse ($r = 0,582$; $p = 0,037$), (FIGURA 48), (tabela30).

No grupo de adolescentes ≥ 10 anos, os cuidadores apresentaram correlações diretas e fracas entre N1 – *Reavaliação negativa de Deus* com: estresse ($r = 0,377$; $p = 0,010$) (FIGURA 51) e ansiedade ($r = 0,371$; $p = 0,011$) (FIGURA 52); entre N2 - *Posição negativa frente a Deus* - com depressão ($r = 0,295$; $p = 0,047$), (FIGURA 53) e entre N4 - *Insatisfação com o outro institucional* - com estresse ($r = 0,371$; $p = 0,011$), (FIGURA 58) e com ansiedade ($r = 0,381$; $p = 0,009$), (FIGURA 59). Correlações moderadas e positivas foram identificadas entre N1 – *Reavaliação negativa de Deus* - com depressão ($r = 0,456$; $p = 0,001$), (FIGURA 50); entre N3 - *Reavaliação negativa do significado* - com depressão ($r = 0,555$; $p < 0,0001$) (FIGURA 54); com estresse ($r = 0,529$; $p < 0,0001$), (FIGURA 55) e com ansiedade ($r = 0,575$; $p < 0,0001$), (FIGURA 56) e entre N4 - *Insatisfação com o outro institucional* - com depressão ($r = 0,453$; $p = 0,002$), (FIGURA 57), (tabela 30).

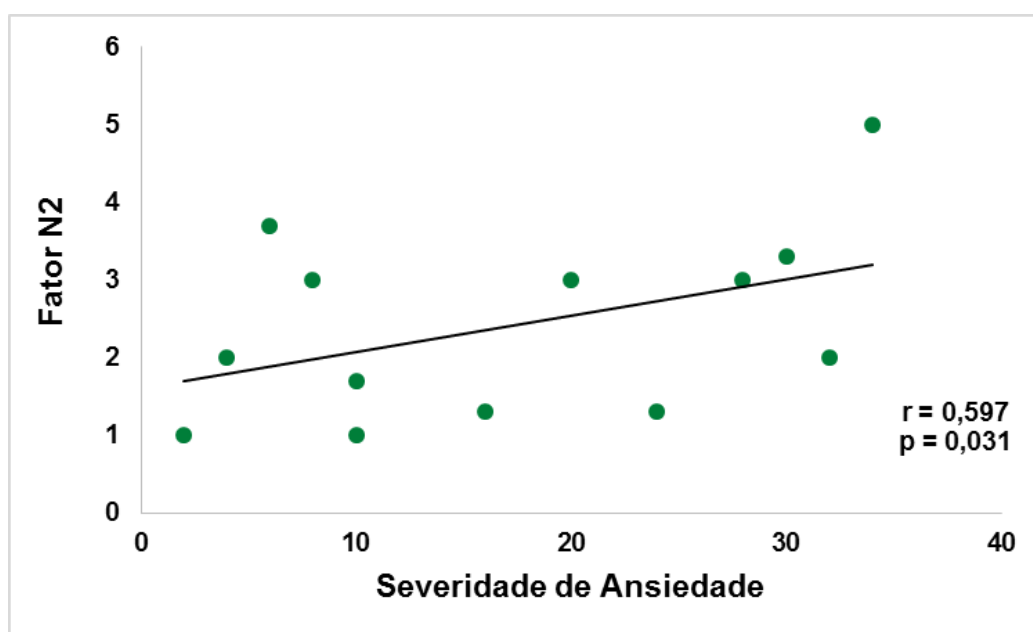


Figura 46 - Correlação entre Fator N2 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

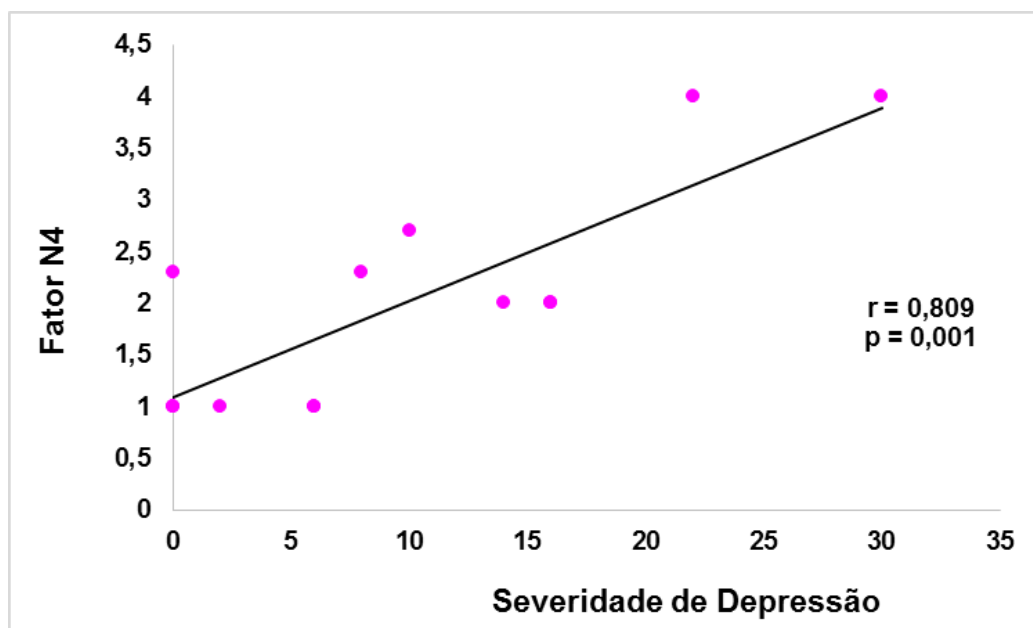


Figura 47 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Depressão dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

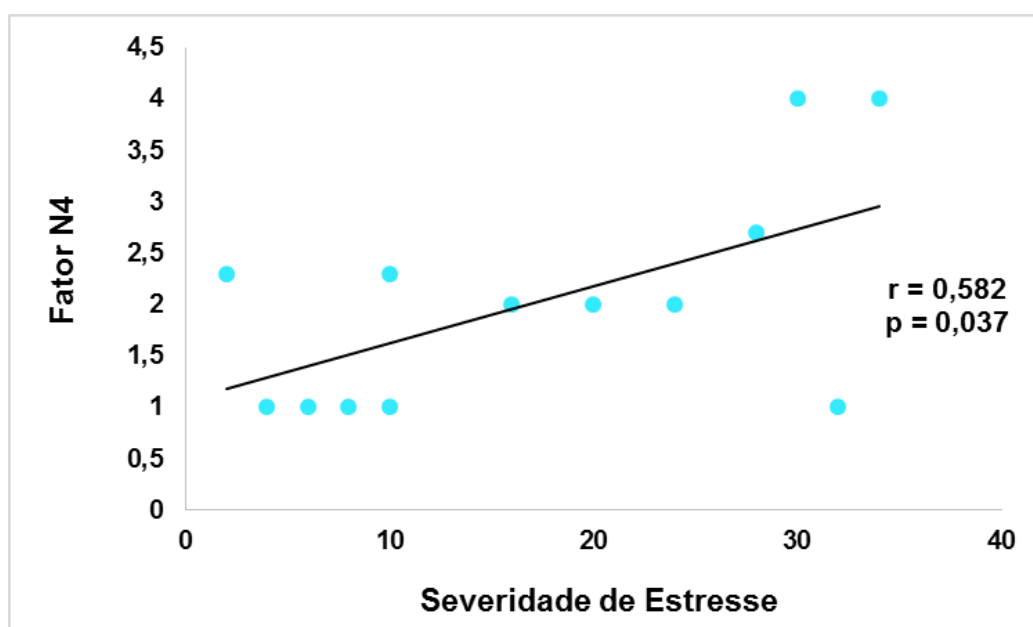


Figura 48 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Estresse dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

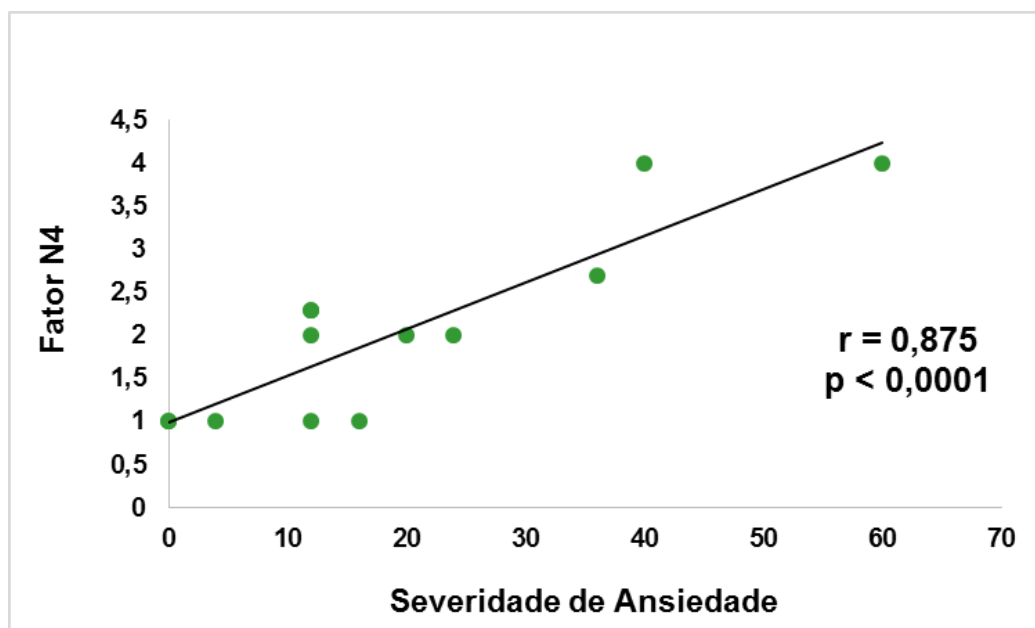


Figura 49 - Correlação entre Fator N4 com Severidade de Ansiedade dos cuidadores de crianças menores de 10 anos assistidas no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

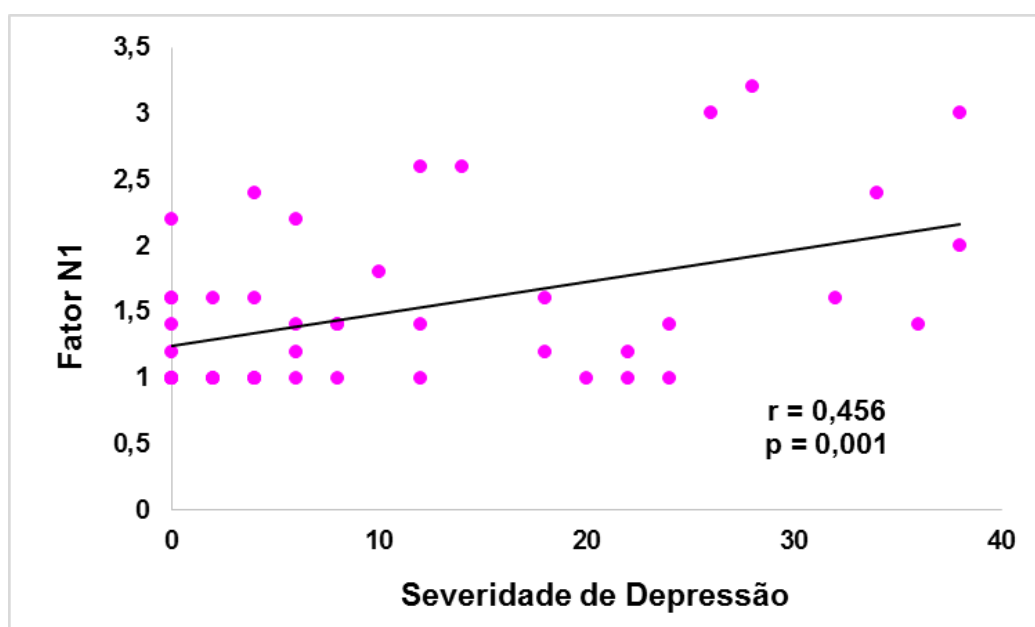


Figura 50 - Correlação entre Fator N1 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

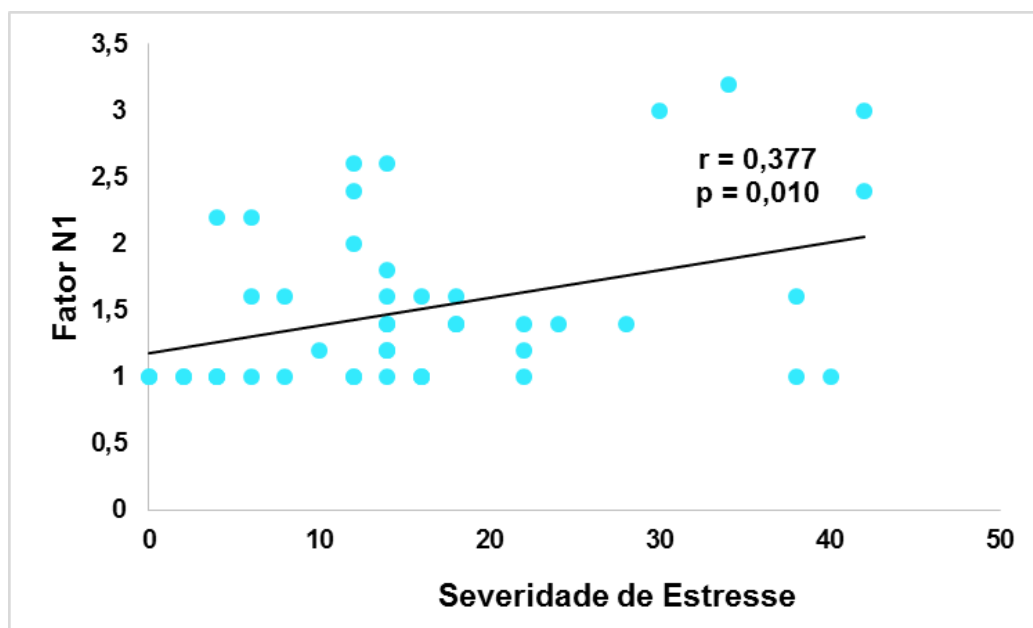


Figura 51 - Correlação entre Fator N1 e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

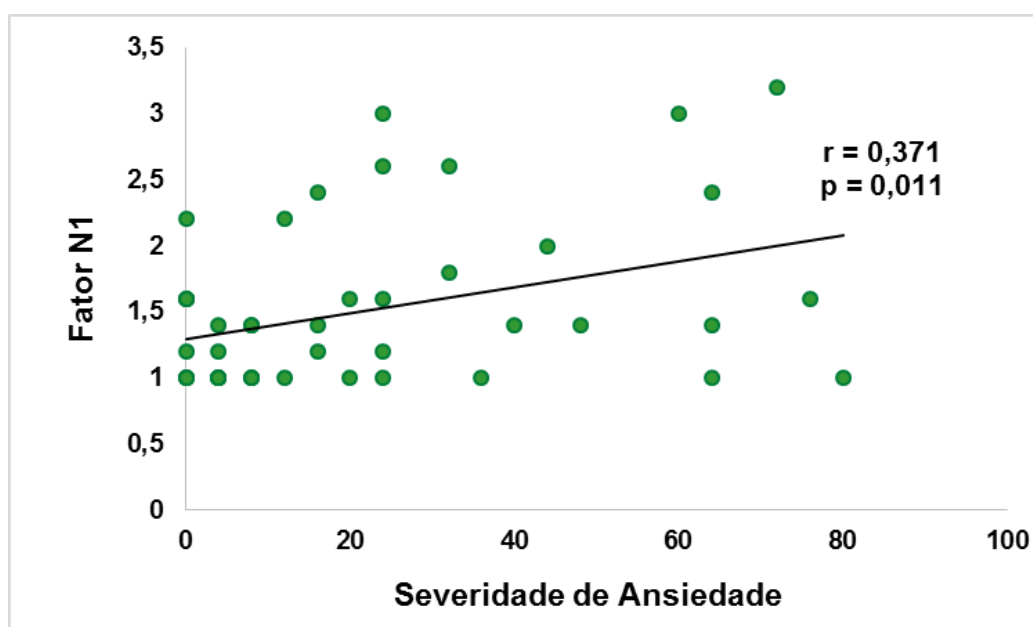


Figura 52 - Correlação entre Fator N1 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

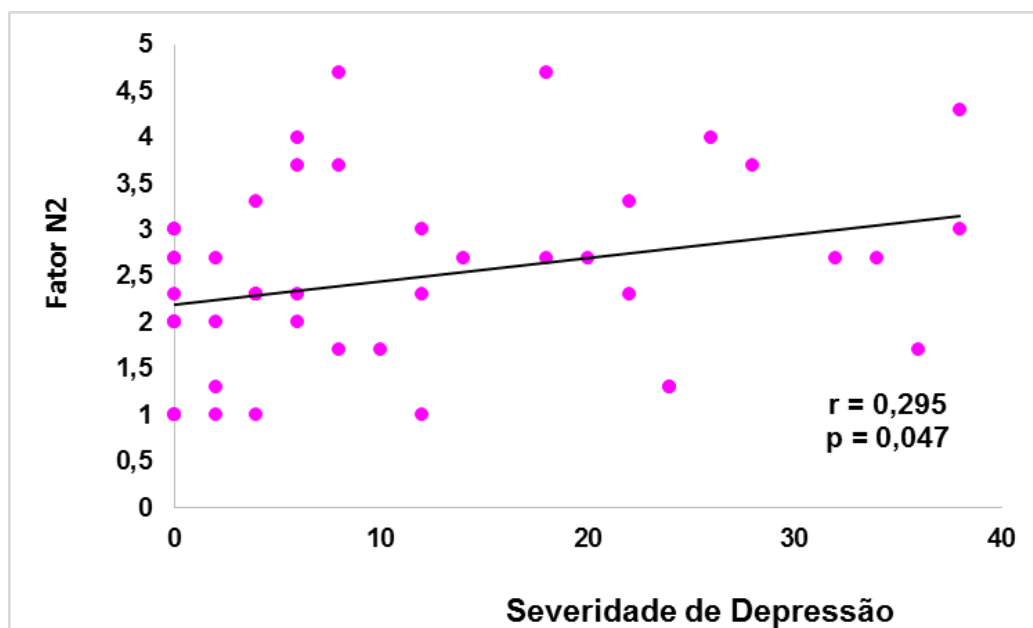


Figura 53 - Correlação entre Fator N2 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

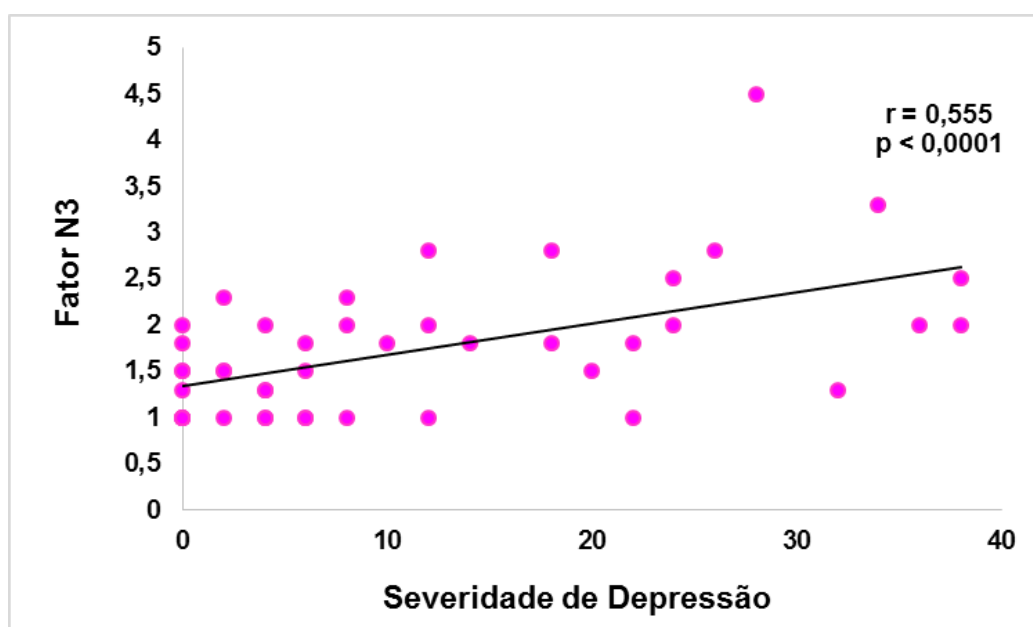


Figura 54 - Correlação entre Fator N3 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

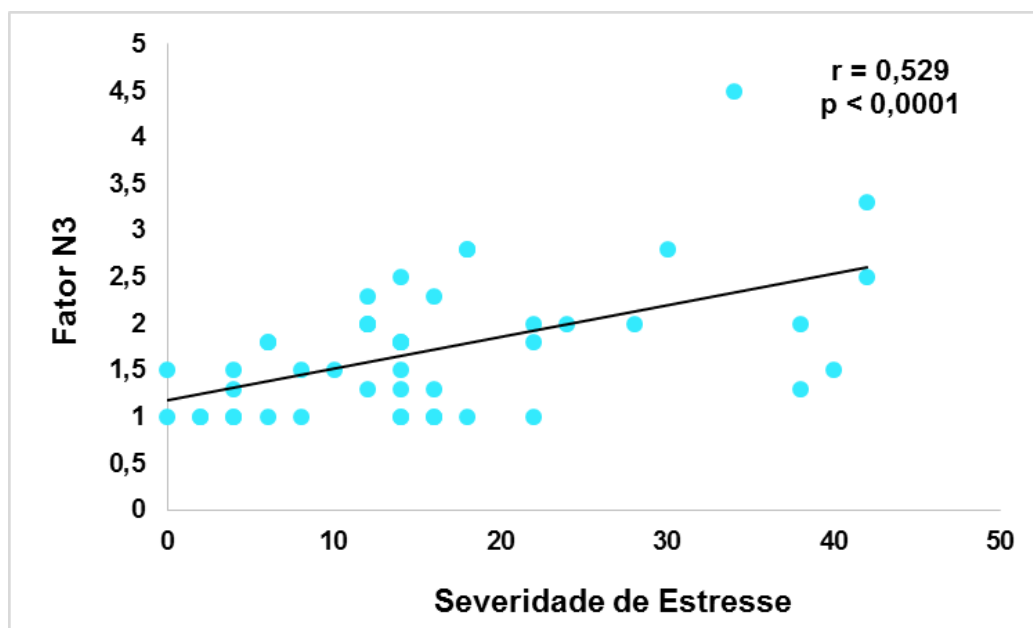


Figura 55 - Correlação entre Fator N3 e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

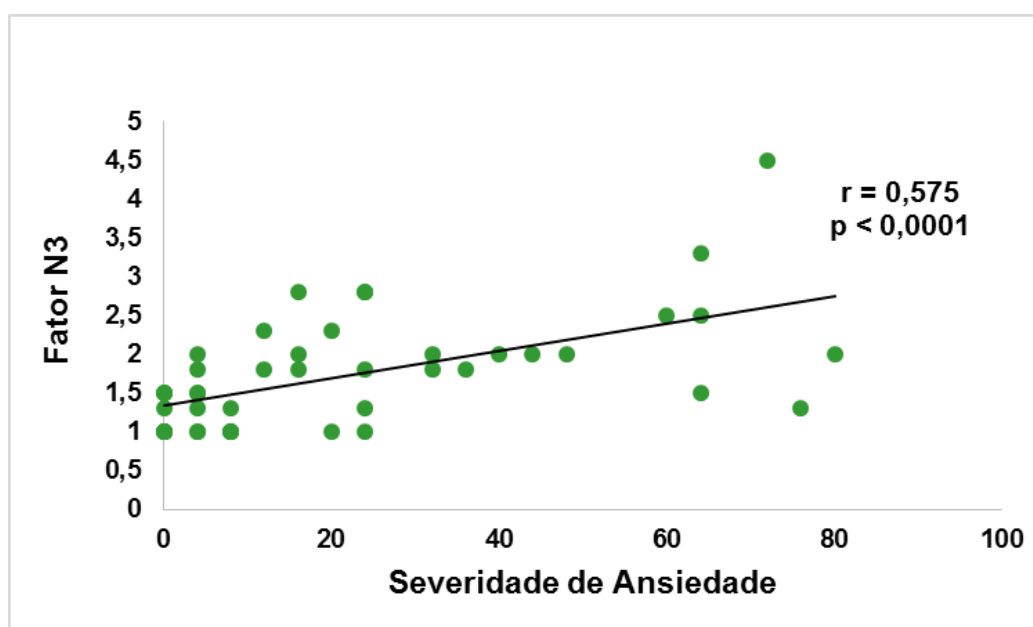


Figura 56 - Correlação entre Fator N3 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

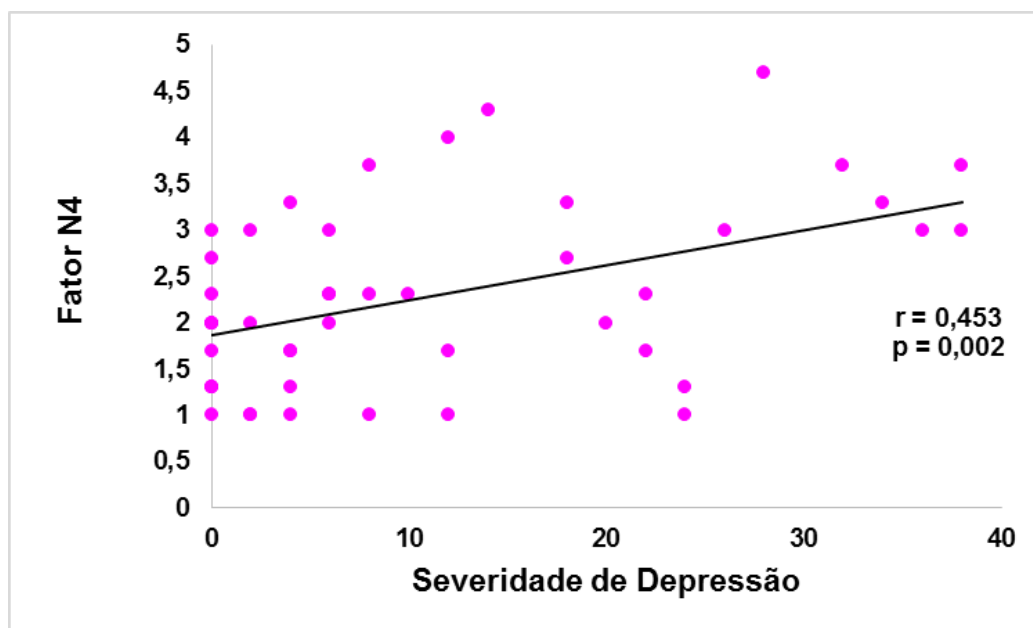


Figura 57 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Depressão dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

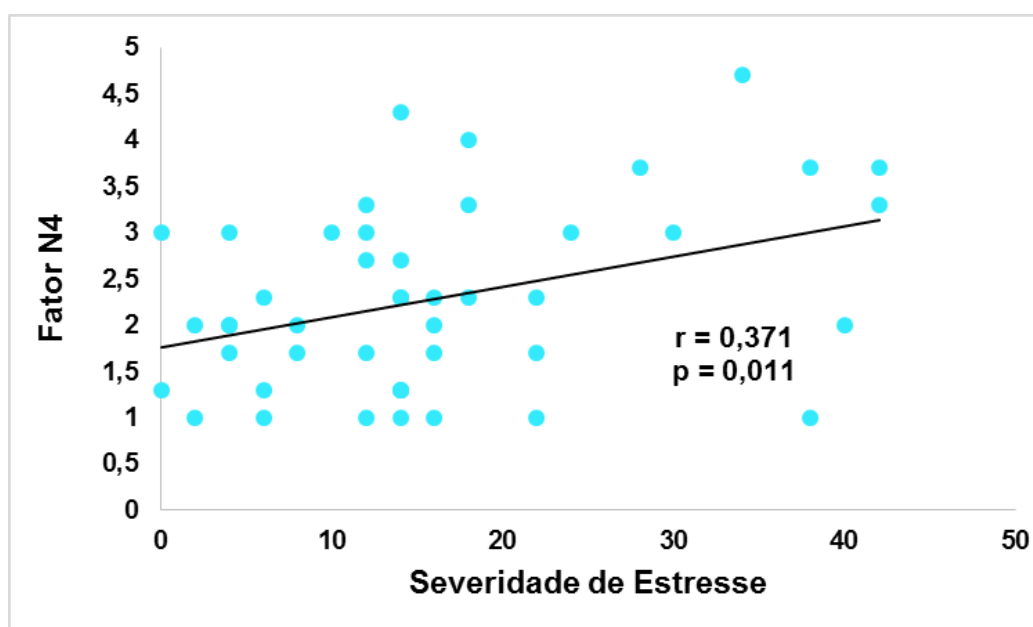


Figura 58 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Estresse dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

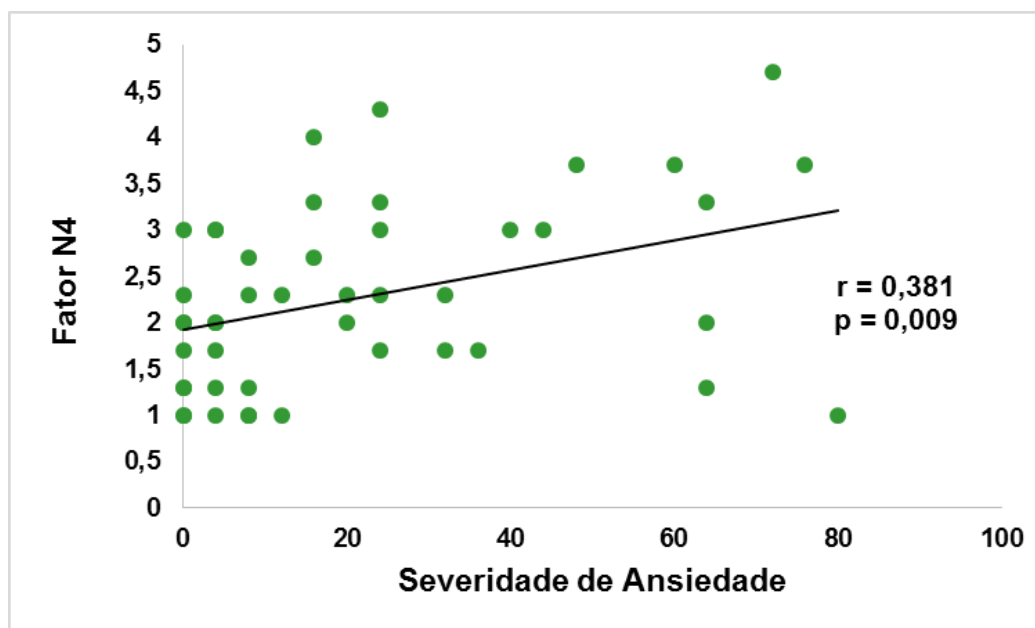


Figura 59 - Correlação entre Fator N4 e Severidade de Ansiedade dos cuidadores de adolescentes maiores de 10 anos assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Fonte: Da autora, 2019

Tabela 30 - Correlação entre os fatores *coping* religioso-espiritual negativo com a severidade de depressão, estresse e ansiedade dos seus cuidadores de crianças e adolescentes assistidos no ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil 2017

Variáveis Analisadas	Severidade da Depressão		Severidade do Estresse		Severidade da Ansiedade	
	r	p	r	p	r	p
<10 anos						
N1	0,274	0,366	-0,132	0,666	-0,065	0,834
N2	0,368	0,215	0,451	0,122	0,597	0,031*
N3	0,302	0,317	0,305	0,311	0,473	0,103
N4	0,809	0,001*	0,582	0,037*	0,875	<0,0001
≥10 anos						
N1	0,456	0,001*	0,377	0,010*	0,371	0,011*
N2	0,295	0,047*	0,266	0,074	0,236	0,114
N3	0,555	<0,0001*	0,529	<0,0001*	0,575	<0,0001*
N4	0,453	0,002*	0,371	0,011*	0,381	0,009*

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: N1: Reavaliação negativa de Deus; N2: Posição negativa frente a Deus; N3: Insatisfação com o outro institucional; N4: Reavaliação negativa do significado. *Coeficiente de correlação de Pearson significativa ao nível de 5% - $p \leq 0,05$

7 DISCUSSÃO

7.1 ACHADOS DESCRITIVOS

7.1.1 Predomínio de cuidadores do sexo feminino

Neste estudo a maioria dos cuidadores foi constituída por participantes do sexo feminino 93,2%, sendo 84,7% mães e 6,8% a soma de avós, tia e madrastra. Os pais totalizaram 6,8% dos cuidadores. A razão para essa maior participação feminina, especialmente as mães se deve ao fato de que a mãe é a responsável pelo cuidado com alimentação, educação e saúde, sendo assim se configura como principal cuidadora. É a personagem que protagoniza o alento em momentos de aflição e turbulência. Ao longo da trajetória humana, enquanto espécie, a mãe desempenha papel fundamental no cuidado com a prole, principalmente na primeira infância (MANFROI; MACARINI E VIEIRA, 2011).

Não é por coincidência que se verifica uma maior adesão de mães para participação em atividades envolvendo os filhos. Quando o cuidado é delegado a terceiros muito provavelmente se deve ao fato da mãe estar envolvida com atividades de trabalho que a impossibilitam de despender a atenção necessária em tempo integral. O maior envolvimento das mães é uma característica que se observa também em países desenvolvidos, no estudo de Nieuwesteeg et al. (2016) dos 77 cuidadores participantes 96% eram mães de crianças com DM1. O fato é que a mãe ou as mulheres com parentesco materno como tias, avós, madrinhas e até madrastas ainda desempenham uma função social de cuidadora (TOKUMARU et al., 2011). Observa-se maior frequência de mães tanto em estudos brasileiros envolvendo cuidadores de indivíduos diabéticos Marques, Fornés e Stringhini (2011) 91,5% (n = 65); Malerbi, Negrato e Gomes (2012) 89,3% (n = 964), quanto em estudos internacionais: Nieuwesteeg et al. (2016) 96,1% (n = 77).

7.1.2 Classe Econômica

Embora existam políticas públicas de saúde no Brasil, as quais determinam a oferta de insumos para o manejo do diabetes, nem sempre se pode contar com a efetividade das mesmas, pois em alguns estados podem haver regras para controlar a quantidade de insumos liberados. Desse modo alguns indivíduos precisam contar com a renda familiar para complementar a aquisição de insumos. Portanto a renda familiar ou classe sócio econômica se constitui importante fator no controle do diabetes em situações em que o subsídio do governo não é suficiente para atender à demanda do tratamento a nível domiciliar. Em relação à classe econômica observou-se um predomínio de cuidadores pertencentes à classe C (C1+C2) 47,5 % com renda entre 1,5 e 3 SM (R\$ 1405,00 a R\$ 2811,00) seguidos de 39,0% pertencentes às classes mais altas A+B (B1+B2) com renda maior que 3 SM e 13,6% pertencentes à classe D+E com renda mais baixa inferior a 1,5 SM. A cidade onde nosso estudo foi realizado está localizada na região geográfica brasileira mais rica, movida pela indústria, comércio, agro negócio, construção civil. Em 2016 havia em Uberaba 30 % da população ocupada, com uma média de 2,6 SM e um produto interno bruto - PIB per capita de R\$ 41.360,17 (IBGE <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama>). Nossos dados corroboram com os achados de Resende et al. (2018) que, utilizando o mesmo critério de

classificação econômica, verificou em um estudo com crianças e adolescentes diabéticos que 43,9% dos participantes pertenciam a classe C (C1+C2). No entanto a classe D+E somava 56,1% e não havia participantes pertencentes às classes A e B. Um outro estudo, também com famílias de crianças e adolescentes com DM1, realizado em 20 cidades das 5 regiões brasileiras (norte, nordeste, centro oeste, sudeste e sul) verificou que 42,2% das famílias pertenciam à classe D+E, 30,3% à classe C e 27,6 % pertencentes às classes A+B (MALERBI; NEGRATO; GOMES, 2012). Embora o critério de classificação tenha sido o mesmo a inclusão de regiões menos desenvolvidas e com contribuição econômica menos expressiva pode ter refletido nos resultados da classificação.

7.1.3 Anos de estudo

Em nossa casuística 44,1% dos cuidadores tinham mais que 12 anos de estudo, um reflexo de características sócio econômicas da região onde o estudo foi realizado, porém 35 % possuíam até 8 anos de estudo. A princípio a escolaridade pode exercer influência sobre o desfecho do controle metabólico, uma vez que possibilita melhor entendimento sobre o manejo da medicação e aferições da glicemia e, assimilação de informações sobre alimentação e estilo de vida saudável. No estudo de Malerbi, Negrato e Gomes (2012), as mães tinham média de $9,6 \pm 5,6$ anos de estudo, mas os autores não caracterizaram o número de mães em percentuais.

7.1.4 Afiliação religiosa

Na região do Triângulo Mineiro observa-se um aumento de afiliados do Espiritismo Kardecista, o que se explica pela forte influência do médium Chico Xavier devido ao seu trabalho de divulgação da doutrina e assistência espiritual, particularmente em Uberaba-MG. Em nosso estudo 54,2% se auto denominaram Católicos, seguidos por 23,7% de Evangélicos, 20,3% Espíritas Kardecistas e 1,7% sem afiliação. Ferreira et al. (2018), no estudo conduzido também em Uberaba – MG, Brasil, verificaram a afiliação religiosa em 183 novos estudantes universitários dos quais 43,2% se auto denominaram Católicos, 13,7% Espíritas, 10,4% de Evangélicos, 0,5% Umbandistas, 3,3% Católicos e Espíritas, 0,5% Católicos e

Candomblecistas e 27,7% não pertenciam a nenhuma afiliação. No presente estudo e no de Ferreira et al. (2018) observa-se um número expressivo de espíritas evidenciando o perfil Kardecista em diferentes grupos no município de Uberaba – MG. Na investigação de Almeida et al. (2012) envolvendo 21 pais cuidadores de menores diabéticos foram identificados 85,71% de Católicos e 14,2% de Evangélicos. Marcelino (2013) abordando 48 mães de crianças com cardiopatia congênita observou uma frequência de 52,1% de mães Católicas, 33,3% Evangélicas, 2,1% Testemunha de Jeová, 2,1% Mórmon, 6,3% Adventistas do Sétimo Dia, 2,1% espírita umbandista e 2,1% sem afiliação. Moreira-Almeida et al. (2010) verificaram o envolvimento religioso de 2346 adultos no Brasil e constataram 67,9% de Católicos, 22,9% de Protestantes, 2,5% de Espíritas Kardecistas, 0,5% de crenças Afro-brasileiras e 5% pertencentes a outras afiliações. Os achados acerca da afiliação religiosa no nosso estudo e nos demais citados reafirmam a predominância da religião católica no Brasil e constata-se a existência do envolvimento religioso, independente da afiliação.

7.1.5 Antropometria

A avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes com DM1 é importante, pois é reflexo do controle glicêmico. O aumento de peso está relacionado a um pior controle, especialmente relacionado à insulino terapia. Além disso o aumento da adiposidade implica em aumento do risco para doença cardiovascular. Em nosso estudo o Escore-z de IMC estava adequado em 76,3% (n = 45), sobrepeso 13,5% n = 8 e obesos 5,08% n = 3. A CA estava adequada em 86,4% e maior que P90 em 13,5%. No estudo de Karavanaki et al. (2018) sobre a estrutura da dobra íntima média da carótida de crianças e adolescentes com DM1, em Atenas – Grécia, foi observado que 78% dos 56 participantes tinham peso adequado, sobrepeso 17,8% e obesidade 3,2%, porém não avaliou a adiposidade central através da CA, mas não desmerece a semelhança com nossos resultados.

Maffeis et al. (2017) investigando a associação da adiposidade e composição da dieta com risco cardiovascular em crianças e adolescentes com DM1, em Verona – Itália, apresentaram as médias de Escore-z de IMC ($0,01 \pm 1,32$) e da CA ($67,8 \pm 8,6$) porém não descreveram o perfil do estado nutricional dos 180 participantes, embora tenham discutido o efeito da adiposidade sobre o Não HDL-c e índice bruto

para risco cardiovascular. Teles e Fornés (2012) estudando a relação entre perfil antropométrico e bioquímico de 54 crianças e adolescentes com DM1 em Goiânia – GO - Brasil, observaram 87% de adequação do Escore-z de IMC e 7,4 % de obesidade e verificaram que 74,1% dos participantes apresentaram CA normal ($<P90$) e 25,9% alterada ($>P90$). Estes dados se aproximam dos nossos achados, com um percentual de adequação de Escore-z de IMC maior, por outro lado os números que encontramos para obesidade e CA são mais satisfatórios tendo em vista as consequências clínicas da adiposidade para a evolução de complicações do Diabetes. Marques, Fornés e Stringhini (2011), também em Goiânia, encontram uma prevalência de excesso de peso de 14,1% em 71 indivíduos diabéticos com idade entre 10 e 19 anos e 15,5% de CC alterada, porém usaram critério de classificação da adequação de CC diferente do que usamos. A avaliação da composição corporal é ferramenta indispensável no acompanhamento de crianças e adolescentes com diabetes, pois além de ser indicador fundamental do crescimento e desenvolvimento é importante indicador do controle glicêmico e possível aumento do risco cardiovascular.

7.1.6 Controle glicêmico e perfil lipídico

Manter o controle glicêmico dentro das metas desejáveis é um grande desafio para todos os cuidadores formais – equipe de profissionais da saúde e, informais – família, envolvidos na assistência a crianças e adolescentes diabéticos. Verifica-se na literatura científica que essa dificuldade é observada em muitos estudos publicados e a cada ano mais resultados de pesquisas são divulgados para apresentar possíveis fatores interferentes e novas estratégias para tentar atingir a tão necessária meta de controle. Al-Odayani et al. (2013) identificaram 66,3% de crianças com pobre controle glicêmico ($HbA1c >9\%$). Malerbi, Negrato e Gomes (2012) verificaram média de $HbA1c$ de $8,8 \pm 2,1\%$ de crianças cujos pais não tinham dificuldade em lhes impor limites e, $9,7 \pm 2,5\%$ de crianças cujos pais relataram alguma dificuldade em impor limites. Karavanaki et al. (2018) verificaram uma média de $HbA1c$ $8,02 \pm 1,52\%$ ao estudar a espessura média da carótida de crianças e adolescentes com DM1. A média de $HbA1c$ encontrada por Maffeis et al. (2017) foi $8,09 \pm 0,97\%$. Pate et al. (2019), Nieuwesteeg et al. (2016) e Jaser, Linsky e Grey (2014) observaram em seus estudos médias limítrofes de $HbA1c$ de $7,6 \pm 0,9\%$, $7,6$

$\pm 0,8\%$ e $7,6 \pm 1,1\%$ respectivamente. O manejo do diabetes engloba uma série de fatores, como monitoração da glicemia, administração da insulina, disciplina alimentar, atividade física, estilo de vida saudável. No entanto, para muitas famílias é inviável custear o tratamento adquirindo insumos como fitas reagentes, seringas e insulina. A Portaria Nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, a qual Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus, prevê o fornecimentos de insumos para o tratamento do diabetes, porém na prática os cuidadores e pacientes por vez ou outra se queixam da indisponibilidade de tais insumos o que gera ônus no tratamento e pode acarretar alterações no controle glicêmico. Em nossa casuística a frequência de alteração dos parâmetros de controle glicêmico foram: GJ 37,2 %; GPP 62,7%; HbA1c 88,1% e Frutosamina 94,9%. No estudo de Taha, Eltoum e Washi (2018) foi observada uma frequência de 76% de HbA1c alterada e 80% de glicemia aleatória elevada e havia relação entre o controle glicêmico e situação sócio econômica. No estudo de Resende et al. (2018), cujo objetivo foi investigar os efeitos da interferência nutricional no tratamento do DM, 63,4% dos participantes apresentaram HbA1c fora da meta no momento 1 do estudo e 56,1% assim permaneceram ao final da pesquisa. Malerbi, Negrato e Gomes (2012) observaram que os níveis de HbA1c eram mais elevados ($9,7 + 2,5\%$) entre os pacientes cujos pais tinha dificuldade em lhes impor limites e aqueles, cujos pais não apresentavam essa dificuldade tinham níveis de HbA1c um pouco menor ($8,8 + 2,1 \%$), porém fora da meta. Percebe-se que as pesquisas caminham no sentido de identificar qual fator está relacionado ao controle inadequado.

Ao avaliar o perfil lipídico, a maioria das crianças e adolescentes se encontrava com perfil lipídico adequado segundo os valores de referência para faixa etária entre 2 e 19 anos da 2ª Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Em relação ao COLT, 72,8% ($n = 43$) dos indivíduos apresentaram valores menores que 170 mg/dL e TGL, 20,3% ($n = 12$) menores que 75 mg/dL no grupo etário <10 anos e 61,0% ($n = 36$) menores que 90 mg/dL no grupo etário >10 anos. Foram observados 89,8 % ($n = 53$) das crianças e adolescentes com LDL-c menor que 110 mg/dL, enquanto 77,9% ($n = 46$) apresentaram valor de HDL-c maior ou igual a 45 mg/dL. Por outro lado 55,9% ($n = 33$) tinham o Não-HDL-c maior ou igual a 100 mg/dL. O perfil lipídico encontrado provavelmente está relacionado ao fato de que o

cuidado com alimentação ainda é de responsabilidade de um adulto e, crianças e adolescentes são teoricamente mais ativos fisicamente. Mudanças na composição alimentar são mais fáceis de serem implementadas para as crianças, uma vez que estas ainda não são independentes o suficiente para escolha e preparo de seus alimentos. À medida que crescem e se tornam mais independentes para escolher e preparar seus alimentos podem transgredir a proposta de alimentação saudável, bem como o fracionamento adequado entre as refeições. O processo intenso de socialização vivenciado pelo adolescente no ambiente escolar e fora dele pode comprometer tanto o controle glicêmico quanto o perfil lipídico.

O estudo de Teles e Fornés (2012) identificaram uma relação entre maiores níveis séricos de lipídios, particularmente TG e VLDL com controle glicêmico inadequado. Resende et al. (2018) não identificaram alterações significativas no perfil lipídico após a intervenção nutricional, mas ao início do estudo os níveis séricos de lipídios se encontravam ou adequados ou próximos dos valores adequados. Maffeis et al. (2017) observaram que a adiposidade e a relação ingestão lipídio-carboidrato afetaram o Não-HDL-c e o índice bruto do risco cardiovascular, independentemente da HbA1c.

A investigação da presença de dislipidemia deve ser implementada em crianças com DM1 a partir de 11 anos de idade, logo após o diagnóstico em condições estáveis. É importante averiguar o histórico familiar para dislipidemias e doenças cardiovasculares e caso o perfil lipídico esteja adequado os exames devem ser repetidos a cada 5 anos. Se não constarem informações sobre os histórico familiar a recomendação é que se repitam os exames a cada dois anos conforme recomendações do ISPAD (DONAGHUE et al., 2018). Motivar a construção de hábitos alimentares saudáveis com ingestão de fibras alimentares, reduzir consumo de gorduras, bem como a prática regular de atividade física constituem pilares de um estilo de vida benéfico e importante para a redução do risco cardiovascular.

7.1.7 Religiosidade/Espiritualidade e *Coping* Religioso-Espiritual

Considerando os pontos de corte da escala utilizada para avaliar a religiosidade dos cuidadores foi observado que 67,8% apresentaram alta RO; 83,1% alta RNO e 94,9% alta RI. Estes altos percentuais de religiosidade nos três domínios expressam o envolvimento religioso espiritual seja de forma extrínseca,

como frequentar templos e participar de reuniões relacionadas à crença, ler textos religiosos, assistir/ouvir programas religiosos, ou intrínseca como e vivenciar aspectos do significado da religiosidade/espiritualidade no dia-a-dia.

A prática religiosa ou o contato com o sagrado está presente na vida das pessoas. É uma conexão com algo superior ou com o Superior na busca por respostas para as inquietações e aflições. Esse instrumento foi escolhido para avaliar as dimensões de religiosidade em nossa amostra por já ser validado para a população brasileira, é curto, de fácil compreensão e amplamente utilizado em pesquisas para análise das dimensões organizacional, não organizacional e intrínseca. Como proposto por Koenig, George e Peterson (1998) a R/E pode ser usada como ferramenta estratégica para o enfrentamento de situações estressantes como é o caso de doenças crônicas.

A abordagem sobre os domínios da religiosidade em cuidadores de menores com diabetes é recente e publicações praticamente inexistem. No entanto há alguns estudos e publicações despertando para a necessidade de explorar o tema. Dutra, Werneck e Gomes (2015) verificaram que mães buscam na religião um meio de fortalecimento para lidar com o diabetes. Os cuidadores observados por Viégas (2013) relataram que a espiritualidade atua como o importante suporte para melhora do estado emocional. Este suporte é manifestado na figura de Deus. Ao analisar as concepções dos cuidadores informais de crianças com DM1 Sales et al. (2009) verificaram que a fé funciona impulsionando a pessoa na busca de recursos para lidar com a doença e que, orações ou preces aproximam de Deus e dão suporte para enfrentar os desafios impostos pelo DM.

As estratégias *coping* tem sido investigadas em cuidadores de crianças e adolescentes com DM1, porém o *coping* religioso espiritual ainda não é uma abordagem que configura nos estudos. No presente estudo verificou-se o uso da R/E com forma de enfrentamento para lidar com o DM1. A média de utilização de CRETOTAL foi classificada como alta ($3,7 + 0,3$); CREP classificada como média ($3,3 + 0,6$) e CREN como baixa ($1,8 + 0,6$). A razão CREN/CREP revela um maior uso de CREP em relação ao uso do CREN. O fator CREP que apresentou a maior média de utilização, classificada com o alta, foi o fator P4 ($4,5 + 0,6$), o qual se refere à posição positiva frente a Deus. A maior utilização desse fator implica um comportamento de *coping* religioso em que se observa maior aproximação através de súplica e busca de apoio em Deus, haveria uma busca de fortalecimento para

lidar com o DM1 através da aproximação de Deus. Os cuidadores apresentaram uso médio dos fatores P1 transformação de si e/ou sua vida (3,4 + 0,7), P3 oferta de ajuda ao outro (3,2 + 0,8) e P5 busca do outro institucional (3,1 + 0,9) e P2 busca de ajuda espiritual (2,8 + 1,0). O fator P1 é o comportamento de *coping* religioso espiritual que revela uma transformação decorrente de mudanças internas com reavaliação do próprio comportamento ou através de mudança no comportamento com consequente modificação do modo de enxergar a si mesmo, as outras pessoas e o ambiente ao seu redor; o fator P3 é o comportamento de *coping* religioso espiritual que se expressa como caridade ou ajuda ao outro seja através de orações, apoio espiritual ou atividades voluntárias visando o auxílio a outras pessoas; o P5 se refere a todo comportamento de *coping* religioso espiritual em o que indivíduo busca apoio em instituições religiosas ou em seus representantes e o P2 diz respeito a todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual ocorre a busca de apoio através de tratamentos espirituais ou através da prática de ações na busca da espiritualidade ou conexão com esta.

7.1.8 Depressão, estresse e ansiedade

Vários estudos tem identificado a presença de sintomas de depressão, estresse e ansiedade entre cuidadores de crianças e adolescentes com DM1. Portanto era esperado identificar a prevalência desses sintomas em nosso estudo. A severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade foi observada em 22,0% (n = 13), 44,1% (n = 26) e 42,1% (n = 25), respectivamente. A proposta desta avaliação não foi identificar a condição patológica da depressão, estresse e ansiedade, mas verificar sua relação com o controle glicêmico e com a estratégia de enfrentamento R/E. Convém ressaltar a importância de oferecer suporte psicológico/psiquiátrico especializados para os cuidadores com objetivo de identificar e tratar os sintomas ou estados patológicos de depressão, estresse e ansiedade, os quais possam interferir negativamente no controle glicêmico.

A metodologia para identificar os sintomas varia e um estudo para outro e para nossa observação escolhemos um instrumento autoaplicável, em português, de fácil compreensão. Assim a escala DASS21 traduzida e validada para a população brasileira, auto aplicável e com 21 itens, foi eleita para avaliar aspectos relacionados à depressão, estresse e ansiedade. Além disso, ao contrário do que se possa

pensar a DASS21 não avalia condição patológica nem estabelece diagnóstico, apenas avalia sintomas. O estudo de Almeida et al. (2012) utilizando o Inventário de Depressão de Beck, que mede a intensidade de depressão, identificou ausência de depressão em 47,6%, presença de 14,4% de depressão leve e 28,5% de depressão moderada entre os 21 cuidadores de menores diabéticos.

Streisand et al. (2008) utilizando um instrumento auto aplicável de 20 itens elaborado por *The Center for Epidemiologic Studies Depression (CESD)* observaram que 74% dos pais atingiram o ponto de corte para depressão leve e 61% da amostra total de 120 indivíduos atingiram o ponto de corte para depressão clinicamente significativa. Avaliaram o nível de ansiedade pela escala auto aplicável com 40 itens: *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* e 59% dos pais foram identificados com níveis significantes de ansiedade. Os autores sugeriram que os profissionais de saúde devem ficar atentos para a necessidade de solicitar avaliação por especialista em saúde mental quando persistir a gravidade de sintomas de depressão nos pais após o diagnóstico de DM1.

Grey (2009), utilizando as escalas *CESD* e *STAI*, observou que 20,9% das 67 mães participantes atingiram pontos de corte para sintomas clinicamente significantes de ansiedade e 24,2% para sintomas clinicamente significantes de depressão. Além disso, identificou um alto grau de comorbidade através da associação entre sintomas de ansiedade e depressão ($r = 0,75$; $p < 0,001$) e 71% das mães que atingiram pontos de corte para sintomas clinicamente significativos de ansiedade, também atingiram para sintomas clinicamente significativos de depressão. Um outro estudo utilizando também as escalas *CESD* e *STAI* verificou que aproximadamente 18% das mães pontuaram acima do ponto de corte clínico para depressão e 13% para ansiedade (JASER; LINSKY; GREY, 2014).

7.2 ANÁLISES COMPARATIVAS

7.2.1 Dimensões de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, controle glicêmico e perfil lipídico

No grupo etário <10 anos, houve um único parâmetro de controle glicêmico em que observamos a influência da dimensão RO alta, ou seja crianças cujos cuidadores apresentaram alta RO a média de frutossamina foi significativamente

menor (343,9 + 36,2) do que as crianças sob cuidados de familiares com RO baixa (413,4 + 34,5) $p = 0,006$. Apesar deste efeito ser o desejável a média deste parâmetro não está dentro dos valores de referência.

Entre as crianças <10 anos, a média de CT foi significativamente maior (165,2 + 14,0) no grupo de cuidadores com RNO alta do que a média de CT (140,1 + 22,0) no grupo RNO baixa. O esperado era crianças com CT baixo associado a cuidadores com RNO alta, por outro lado os valores das médias estavam dentro do valor de referência.

Em relação a RI só foi possível comparar as médias de controle glicêmico e perfil lipídico no grupo etário <10 anos e não foram encontradas diferenças significantes. Na literatura científica não foram encontradas publicações avaliando parâmetros de controle glicêmico com as dimensão RO, RNO e RI obtidas pela escala de Durel, o que impossibilita comparações.

7.2.2 Coping Religioso/Espiritual x controle glicêmico e perfil lipídico

Ao comparar as médias de controle glicêmico e perfil lipídico em crianças <10 anos foi observada uma média significativamente menor de GJ (157,1 + 27,2) no grupo de cuidadores que faziam alto a altíssimo uso de CREP do que no grupo com uso irrisório a baixo (230,6 + 22,5) $p = 0,025$. Acreditamos que este achado seja favorável ao uso do CREP pelos cuidadores como forma de enfrentamento para lidar com o DM1 de crianças e adolescentes, contribuindo assim para níveis glicêmicos mais adequados.

Mahfouz et al. (2018) utilizou a escala *Ways of Coping Questionnaire (WCQ)* para avaliar o efeito da frequência e o tipo de estratégia de *coping* usada por mães de crianças com DM1, bem como o conhecimento sobre o controle glicêmico. Foi observado que a glicemia foi a característica que mais afetou o uso do *coping* busca de apoio social e, foram observadas correlações fracas entre HbA1c e *coping* reavaliação positiva ($r = 0,23$; $p = 0,02$) e HbA1c e *coping* confrontação ($r = 0,24$; $p = 0,02$), ou seja o comportamento das mães em relação à alteração do controle glicêmico foi o uso de estratégias de *coping* positivo.

Stallwood (2005) investigou a influência do estresse e do *coping* de 73 cuidadores sobre o controle glicêmico de crianças com DM. O *coping* foi avaliado através da escala *Coping Health Inventory for Parents (CHIP)* e não observou efeitos

sobre o controle glicêmico a despeito da confiabilidade da escala para a amostra estudada. Jaser, Linsky e Grey (2014) usando o *Responses to Stress Questionnaire* (RCQ, 22) em 118 mães de adolescentes com DM e não observou quaisquer correlações significantes entre o *coping* e controle glicêmico.

Na literatura científica não foram encontradas publicações avaliando parâmetros de controle glicêmico e perfil lipídico com *coping* Religioso/Espiritual de cuidadores de crianças e adolescentes avaliado pela escala CRE, o que impossibilita uma argumentação baseada em estudos prévios.

7.3 ANÁLISES CORRELACIONAIS

7.3.1 Correlação entre os níveis de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, *Coping* Religioso-Espiritual e Depressão, Estresse e Ansiedade

O uso da R/E como estratégia de *coping* para lidar com situações estressantes implica em uma investigação sobre o nível de religiosidade do grupo estudado. Espera-se que exista uma associação minimamente coerente entre o nível de religiosidade e a intensidade de sua utilização como estratégia de *coping*. Sendo assim a análise destas correlações revelaram resultados pertinentes: no grupo <10 anos correlacionados os escores de religiosidade e *coping* religioso-espiritual dos cuidadores, foram observadas associações diretas, moderadas e significativas entre CREP com todas as dimensões de religiosidade RO ($r = 0,6$; $p = 0,035$); RNO ($r = 0,6$; $p = 0,027$); RI: ($r = 0,6$; $p = 0,040$). O CRET apresentou associações diretas, moderadas e significantes com RO ($r = 0,6$; $p = 0,038$) e com RI: ($r = 0,6$; $p = 0,041$).

Ao correlacionarmos os escores de religiosidade e *coping* religioso-espiritual dos cuidadores no grupo >10 anos, foram observadas associações diretas, fracas e significativas entre CREP com RO ($r = 0,3$; $p = 0,021$) e RI: ($r = 0,3$; $p = 0,017$). Observou-se associação significativa, positiva e fraca entre CRET e RNO ($r = 0,3$; $p = 0,022$). Embora a disponibilidade de literatura seja um tanto escassa, principalmente no que se refere ao estudo de associações entre religiosidade e seu uso como *coping* em cuidadores de crianças com DM1, nossos achados corroboram com o estudo de Pinho et al. (2017) que, ao investigarem *coping* R/E em pacientes

vivendo com HIV/Aids, encontraram resultados similares aos nossos: CREP x RO ($r = 0,5$; $p < 0,0001$); CREP x RNO ($r = 0,6$; $p < 0,001$); CREP x RI ($r = 0,8$; $p < 0,0001$); CRETotal x RNO ($r = 0,5$; $p < 0,001$) e CRETotal x RI ($r = 0,7$; $p < 0,001$). Obviamente são necessários mais resultados, no grupos de interesse, que confirmem a evidência desta associação.

7.3.2 Correlação entre Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca *Coping* Religioso-Espiritual, Depressão, Estresse, Ansiedade com variáveis sócio-demográficas dos cuidadores

A correlação entre CREP e a idade do cuidador no grupo de crianças ≥ 10 anos foi positiva, significativa e fraca ($r = 0,3$; $p = 0,04$), porém pode-se inferir que com o passar dos anos o amadurecimento é um fator decisivo na forma como o indivíduo escolhe enfrentar situações estressantes. Neste caso além de fazer uso de fatores de *coping* R/E positivos os cuidadores também já possuem uma clareza quanto à religiosidade, uma vez que discutimos anteriormente a associação entre CREP e todos os domínios de religiosidade.

Foi observada uma correlação direta e positiva entre a renda e CRETOTAL ($r = 0,4$; $p = 0,006$) e negativa entre a renda e CREN/CREP ($r = -0,3$; $p = 0,018$) dos cuidadores no grupo > 10 anos. O aumento da renda, em tese, pode favorecer a utilização de *coping* R/E positivo e total. Considerando que a renda está disponível e o cuidado formal pela equipe de saúde no Sistema Único de Saúde está disponível então recorrer aos aspectos positivos da religiosidade para lidar com a doença constitui mais uma estratégia na busca pelo controle glicêmico e lipídico adequados. Levando-se em conta que CREN/CREP reflete o uso de CREP em relação ao CREN e a média foi $0,5 \pm 0,2$ houve 50% mais uso do CREP em relação ao CREN. Deste modo a correlação inversa entre CREN/CREP e significa que o cuidador com renda maior faz mais uso de CREP em relação ao uso de CREN.

Ao correlacionar a severidade de sintomas de ansiedade e renda dos cuidadores foi observada associação negativa entre essas variáveis ($r = -0,3$; $p = 0,046$). Em uma família em que a renda esteja limitada ou insuficiente é de se esperar um aumento dos sintomas de ansiedade devido ao temor de não conseguir honrar compromissos financeiros e ainda abarcar com despesas domésticas básicas

como alimentação, moradia e serviços públicos (companhias de água, luz e telefonia). Por mais que a Portaria Nº 2.583, de 10 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007), a qual Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006 (BRASIL, 2006), aos usuários portadores de diabetes mellitus, seja cumprida sempre existe alguma despesa relacionada ao tratamento do diabetes que onera a despesa. A renda familiar pode ser comprometida, dada a necessidade de que um dos pais se responsabilize pelo cuidado e por essa razão não possa contribuir com o orçamento doméstico (VIÉGAS, 2013; DUTRA; WERNECK; GOMES, 2015). No estudo Grey (2009) a baixa renda familiar foi identificado como o mais forte preditor de sintomas de ansiedade e depressão, embora tenha utilizado a escala STAI para avaliar os sintomas de ansiedade.

7.3.3 Correlação entre Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, *Coping* R/E, Sintomas de Depressão, Estresse, Ansiedade, variáveis sócio-demográficas dos cuidadores com variáveis antropométricas das crianças e adolescentes com DM1

Foi verificada correlação moderada ente a idade do cuidador e a CA ($r = 0,3$; $p = 0,047$) no grupo etário >10 anos. À medida que a criança cresce aumentando sua idade cronológica, a idade cronológica de seus cuidadores também está aumentando e a adolescência é um período de grandes mudanças, tanto físicas, quanto psíquicas e sociais, na vida do indivíduo. O adolescente com diabetes já é capaz de fazer as próprias escolhas e é preciso que se responsabilize gradativamente pelo auto cuidado, no entanto pode cometer mais transgressões, consequência da autonomia concedida por seu cuidador, já com maior idade cronológica. Isso pode acarretar em ganho de peso ou aumento da adiposidade corporal, visto que ingere quantidades maiores de alimentos e há necessidade de maiores doses de insulina. Teles e Fornés (2012) em um estudo envolvendo 11 crianças e 43 adolescentes verificaram uma frequência de 87% de eutrofia pelo Escore-z de IMC, porém destes 25,9% apresentaram CC acima do P90 e a dose média de insulina 0,8UI/kg. Em outro estudo, (MARQUES; FORNÉS; STRINGHINI, 2011) investigando 71 adolescentes, observaram uma prevalência de 15,5% de CC

acima do percentil desejável. Em nossa casuística 15,2% dos adolescentes apresentaram CC acima do Percentil 90.

Foram observadas correlações moderadas e positivas entre RO do cuidador com escore-z de IMC ($r = 0,3$; $p = 0,029$), percentil de IMC ($r = 0,3$; $p = 0,026$) e CA ($r = 0,5$; $p < 0,0001$) e entre CREP com escore-z de IMC ($r = 0,4$; $p = 0,013$), percentil de IMC ($r = 0,4$; $p = 0,011$) e CA ($r = 0,5$; $p = 0,001$) no grupo etário >10 anos. Este resultado suscita novamente a questão da adolescência e o livre arbítrio para escolhas alimentares. Quanto a RO do cuidador, como a responsabilidade pelo cuidado passa a ser dividida com e, delegada ao adolescente surgem mais preocupações com o controle e a participação em eventos religiosos ou a frequência aos encontros religiosos de sua crença são o reflexo de sua busca de apoio para lidar com a situação, ou seja, uso de *coping* R/E positivo, note-se as correlações de CREP com as dimensões de religiosidade e com as variáveis antropométricas, além disso alguns encontros de caráter religioso envolvem confraternizações com cardápios mais elaborados e, geralmente mais calóricos.

Na literatura científica não foram encontradas publicações investigando a relação entre variáveis antropométricas com religiosidade e *coping* Religioso/Espiritual de cuidadores de crianças e adolescentes não permitindo, desse modo, argumentação baseada em estudos prévios.

7.3.4 Correlação entre variáveis sócio-demográficas dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico

No grupo >10 anos foram observadas correlações moderadas e inversas entre GPP com anos de estudo ($r = -0,3$; $p = 0,031$) e entre frutossamina com anos de estudo ($r = -0,3$; $p = 0,03$) e com renda familiar ($r = -0,4$; $p = 0,003$). Maior quantidade de anos de estudo favorece melhor colocação no mercado de trabalho e consequentemente melhor renda. Hassan et al. (2006) em pesquisa envolvendo 222 crianças e adolescentes observou que um controle glicêmico ruim estava associado a baixa situação sócio econômica. Por outro lado, um cuidador com melhor escolaridade tem condições de compreender melhor informações, transmitidas por grupos educacionais/equipe multiprofissional sobre a terapêutica medicamentosa, orientações sobre alimentação saudável e necessidade de hábitos e estilo de vida mais saudáveis. Além disso, atualmente há disponibilidade de várias tecnologias

para o monitoramento da glicemia, bem como administração de insulina, portanto é necessária bagagem de conhecimentos e capacidade cognitiva para manusear estas inovações tecnológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

As correlações identificadas em nosso estudo corroboram com achados de outros estudos: Mahfouz et al. (2018) no estudo com 92 mães, Al-Odayani et al. (2013) em investigação que incluiu 83 mães e Marques, Fornés e Stringhini (2011) com 71 adolescentes verificaram que pais com melhor escolaridade são capazes de manter o controle glicêmico mais adequado de suas crianças com diabetes. Haugstvedt et al. (2011) em um estudo com pais de 115 menores de 16 anos verificou em uma análise de regressão múltipla que menores concentrações de HbA1c estavam associados com maior escolaridade das mães. Ainda que tenhamos observado tais correlações em nosso estudo, convém salientar que HbA1c é um bom parâmetro de controle glicêmico.

7.3.5 Correlação entre as dimensões de religiosidade dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico

Foram observadas correlações inversas e moderada entre RI com Δ HbA1c ($r = -0,6$; $p = 0,025$) e forte entre RO com Frutossamina ($r = -0,7$; $p = 0,004$) no grupo <10 anos. Este resultado sugere mais estabilidade da HbA1c em crianças e adolescentes relacionada à RI de seus cuidadores, associada a provável adoção de um estilo de vida pautado na prática de valores, condutas religiosas e preceitos da fé. A associação inversa entre variabilidade glicêmica e RI sugere a possível importância desse domínio de religiosidade no controle glicêmico. A variabilidade glicêmica expressa pela variação da HbA1c é bem estabelecida como melhor controle glicêmico e fator de risco para hipo e hiperglicemia e, fator de risco ainda discutível para complicações do diabetes. É um marcador que reflete a instabilidade do sistema metabólico individual e auxilia na otimização do tratamento (KOVATCHEV, 2019). Na literatura científica não foram encontradas publicações investigando a relação entre variáveis de domínio religioso de cuidadores com o controle glicêmico de crianças e adolescentes não permitindo, desse modo, argumentação baseada em estudos prévios, caracterizando nosso estudo como original.

Ainda no grupo <10 anos verificou-se associação positiva moderada entre RNO com CT ($r = 0,686$; $p = 0,010$) e, entre RNO e LDL-c ($r = 0,571$; $p = 0,042$) indicando ações positivas em variáveis do perfil lipídico relacionadas a maior risco para doença cardiovascular. Cuidadores se preocupam com a alimentação de crianças menores com o objetivo de promover um bom crescimento e desenvolvimento destas e, além disso a dieta é o aspecto de mudança mais marcante na rotina familiar quando se tem uma criança com DM (SALES et al., 2009; VIÉGAS, 2013). Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008) recomenda-se a ingestão de leite integral para crianças e adolescentes por ser importante fonte de cálcio e proteína, bem como a ingestão semanal de vísceras, como fígado bovino e coração de aves, por constituírem excelente fonte de ferro contribuindo assim para prevenção da anemia ferropriva. No entanto esses alimentos também são ricos em gorduras saturadas, cujo consumo está associado ao aumento dos níveis de CT e LDL-c (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Convém lembrar que nesse grupo etário 76,9% das crianças apresentaram valores normais para CT e 92,3% para LDL-c. Quanto à associação com a RNO, uma possível explicação seria o fato de que a prática religiosa no ambiente doméstico é mais conveniente e favorece o cuidado em situações de hipo ou hiperglicemia nas crianças. Não há registros na literatura científica propondo uma argumentação para esse resultado.

Por outro lado no grupo ≥ 10 anos as associações foram fracas e inversas entre CT e RNO ($r = -0,310$; $p = 0,032$), entre TG e RNO ($r = -0,323$; $p = 0,029$) e entre Não-HDL-c e RNO ($r = -0,319$; $p = 0,031$). A razão para este achado se deve a uma mudança comportamental do adolescente, talvez um pouco mais consciente da necessidade de preservação da saúde cardiovascular, ou mesmo aumento da prática de atividade física que levaria a uma redução nos níveis de CT, TG e Não-HDL-c. Os cuidadores desse grupo ainda preservam a preocupação com qualidade da alimentação e, geralmente são responsáveis pelo preparo das refeições. Tentam motivar os adolescentes a adotarem práticas alimentares saudáveis. Pensar em ir ao ambiente religioso organizacional após um dia de jornada de trabalho e após cuidar de afazeres domésticos deve ser desanimador e essa seria uma possível explicação para esse resultado. Não há literatura científica acerca do tema disponibilizando uma argumentação para esse resultado.

7.3.6 Correlação entre *Coping* Religioso-Espiritual dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico

Foi observada correlação inversa e moderada entre GJ e CREP ($r = -0,632$; $p = 0,021$) e, moderada e direta entre CT e CREP ($r = 0,566$; $p = 0,04$) no grupo etário <10 anos. A correlação inversa entre GJ e CREP do cuidador pode ser decorrente da melhor sensibilidade das crianças à ação insulínica e sugere que maior uso de CREP pelo cuidador contribui para a administração correta da medicação e alimentação possibilitando um controle mais adequado. Com essa visão e, considerando que nessa faixa etária 84,6% das crianças apresentaram GJ acima dos valores de referência, o uso do CREP pelos cuidadores deveria ser estimulado para invertermos esse percentual para valores adequados. Quanto à correlação direta entre CT e CREP, o motivo também seria o cuidado com a alimentação para promover um bom crescimento e desenvolvimento seguindo recomendação do o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008) e, convém lembrar que em nosso estudo 72,8% das crianças e adolescentes apresentaram valores normais para CT a despeito da média de HbA1c alterada ($8,06 \pm 0,8\%$). Karavanaki et al. (2018) não identificaram diferenças entre as médias de CT entre 56 adolescentes DM1 ($160,6 \pm 20,1$ mg/dL) com 28 controles ($157,4 \pm 25,0$ mg/dL) e, no grupo DM1 também não observaram diferenças entre as médias de CT dos DM1 eutróficos ($161,3 \pm 21,6$ mg/dL) com DM1 com sobrepeso/obesidade ($157,7 \pm 33,4$ /sLmg) e a média de HbA1c foi $8,02 \pm 1,52\%$. Maffeis et al. (2017) observou uma média de HbA1c de $8,09 \pm 0,97\%$ e CT de $156,8 \pm 24,3$ mg/dL; Marques, Fornés e Stringhini (2011), embora não tenham revelado a média de HbA1c verificaram uma menor ingestão de lipídios por adolescentes com HbA1c inadequado, sugerindo um perfil lipídico adequado; Teles e Fornés (2012), calcularam a adequação da HbA1c pelo índice da hemoglobina glicada em um estudo envolvendo 54 crianças e adolescentes e não observaram diferenças entre as médias de CT dos grupo com glicada adequada ($156,6 \pm 28,4$ mg/dL) e inadequada ($163,4 \pm 29,5$ mg/dL).

7.3.7 Correlação entre Severidade de sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos cuidadores com variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico

A correlação inversa e fraca observada entre LDL-c e Severidade de sintomas de depressão no grupo etário ≥ 10 anos é um reflexo de como o estado emocional dos cuidadores pode interferir nos resultados metabólicos de seus filhos. Existe uma relação de dependência entre o cuidador e a criança/adolescente com DM1 e isso sobrecarrega o cuidador podendo resultar em situações de estresse no que se refere às tarefas relacionadas ao cuidado. Desse modo é importante salientar que o adolescente é capaz de fazer suas próprias escolhas e deve ter responsabilidade sobre o autocuidado, aliviando o fardo para o cuidador (VIÉGAS, 2013). Não foram encontrados, na literatura científica, artigos abordando a associação entre o perfil lipídico de crianças e adolescentes com diabéticos com sintomas de depressão, estresse e ansiedade. Em nosso estudo observamos que 89,8% ($n = 53$) crianças e adolescentes tinham valores de LDL-c normais corroborando com resultados encontrados em vários estudos: Maffeis et al. (2017) observou uma média de LDL-c de $85,07 \pm 21,6$ mg/dL; Teles e Fornés (2012), no estudo envolvendo 54 crianças e adolescentes não observaram diferenças entre as médias de LDL-c dos grupo com glicada adequada ($89,7 \pm 25,0$ mg/dL) e inadequada ($98,0 \pm 24,6$ mg/dL); Karavanaki et al. (2018) não identificaram diferenças entre as médias de LDL-c ao compararem 56 adolescentes DM1 com 28 controles e, também não observaram diferenças entre as médias de LDL-c ao compararem DM1 eutróficos ($91,6 \pm 18,76$ mg/dL) e DM1 com sobrepeso/obesidade ($88,2 \pm 28,7$ mg/dL).

7.3.8 Correlação entre *Coping* Religioso-Espiritual com Severidade de sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos cuidadores

Toda a disciplina exigida para o manejo do diabetes (monitoramento das glicemias, administração de insulina, alimentação adequada e os demais cuidados com crianças e adolescentes) constitui fator de estresse e ansiedade para os cuidadores. A severidade com que estes sintomas se manifestam pode estar relacionada ao tipo de *coping* utilizado para lidar com a situação. Este é um dos achados de maior relevância em nosso estudo: correlações diretas e fortes foram observadas no grupo etário < 10 anos entre CREN e severidade de sintomas de

depressão ($r = 0,736$; $p = 0,004$) e, com ansiedade ($r = 0,873$; $p < 0,0001$) e moderada com estresse ($r = 0,601$; $p = 0,030$). As correlações diretas e moderadas observadas no grupo etário ≥ 10 anos entre CREN, e severidade de sintomas de depressão ($r = 0,565$; $p < 0,0001$), estresse ($r = 0,499$; $p < 0,0001$) e ansiedade ($r = 0,502$; $p < 0,0001$) e, entre CREN/CREP severidade de sintomas de depressão ($r = 0,559$; $p < 0,0001$), estresse ($r = 0,459$; $p < 0,001$) e ansiedade ($r = 0,460$; $p = 0,001$) reafirmam a fragilidade em que o cuidador de uma criança/adolescente com DM1 se encontra.

A carga de responsabilidade imposta ao cuidador informal de crianças e adolescentes pode gerar uma instabilidade emocional passível de evoluir para um prejuízo da saúde mental. A associação entre o uso CREN e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse, especialmente no grupo menor que 10 anos retrata sentimentos de desesperança, culpa e insatisfação. No trabalho de Freitas et al. (2015), foram observadas correlações fracas e diretas entre CREN e sintomas de ansiedade ($r = 0,211$; $p = 0,018$) e depressão ($r = -0,307$; $p < 0,001$), porém esse estudo foi realizado com pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Jaser, Linsky e Grey (2014) identificaram escores clínicos acima do ponto de corte superior para depressão e ansiedade em 18% e 13% das mães de adolescentes com DM1 respectivamente. Malerbi, Negrato e Gomes (2012) em uma pesquisa envolvendo 1079 pais de crianças e adolescentes com DM1 observaram queixa de 36,0% de desconforto e 51,2% de ansiedade/depressão entre os pais. É um resultado que ressalta a importância da oferta de suporte emocional aos cuidadores e de avaliação periódica da saúde mental dos mesmos.

7.3.9 Correlação entre fatores de *Coping* Religioso-Espiritual Negativo com Severidade de sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos cuidadores.

Os cuidadores principais de crianças e adolescentes vivenciam uma condição de estresse e ansiedade que pode evoluir para um quadro depressivo. Em algum momento sentem que seus esforços parecem inúteis e nada contribuem para um controle metabólico adequado. Por mais apoio que recebam de outros familiares e da equipe de cuidadores profissionais de saúde, o desânimo, a desmotivação e a desesperança passam a fazer parte do dia-a-dia de controle inadequado e incertezas com relação ao futuro da criança ou adolescente com DM1. Portanto, no

grupo <10 anos, as associações encontradas entre os fatores do CREN e sintomas de depressão, estresse e ansiedade expressam o sofrimento dos cuidadores.

O diabetes, por si só, é uma preocupação para os cuidadores e, na adolescência pode se acentuar, pois o mesmo quer se fazer independente e socializar com amigos, embora não assuma responsabilidade pelo autocuidado. Para o cuidador é um período de ansiedade, pois nem sempre confia que o adolescente esteja suficientemente preparado suficiente para se cuidar. Assim como em nosso estudo vários autores tem investigado a presença de sintomas de depressão, estresse e ansiedade em cuidadores de crianças e adolescentes com DM1: Viégas (2013) concluiu que cuidar de um filho com DM1 exige suporte permanente e, que é importante o estabelecimento de ações que apoiem a integridade e integralidade familiar.

Marcelino (2013) demonstrou que ser mãe de criança portadora de doença crônica é estressante devido a mudanças na rotina, medo de perda, entre outros. Cousino e Hazen (2013), em uma revisão sistemática investigando o estresse parental entre cuidadores de crianças com doenças crônicas concluíram que o estresse parental é um alvo importante para futuras intervenções. Schaaijk, Roeleveld-Versteegh e van Baar (2013) verificaram que o estresse dos pais explicou 18% da variação da HbA1c em adolescentes com DM1 e o estresse das mães explicou 19%. Whittemore et al. (2012) em uma revisão sistemática sobre a experiência psicológica de pais de crianças com DM1 observaram que a prevalência de sofrimento psicológico dos pais em todos os estudos variou entre 10% para 74%, com uma média de 33,5% de pais que referem angústia ao diagnóstico e 19% de 1 a 4 anos após o diagnóstico e concluíram que é necessário avaliar o sofrimento psicológico em pais de crianças com DM1 e são necessárias intervenções preventivas. Brito e Sadala (2009) abordando a experiência de familiares de adolescentes com DM1 sugerem que os pais procuram superar o sofrimento e dificuldades do presente na esperança da cura através da ciência ou de ajuda divina.

Grey (2009) verificou que apesar dos sintomas maternos de ansiedade e depressão não estarem relacionados com o controle metabólico das crianças com DM1 20% relatou sintomas clinicamente significantes para ansiedade e 24% relatou níveis significantes para depressão e fez recomendações para o rastreio desses sintomas nas mães e oferta de suporte para o alívio da angústia materna. Streisand

et al. (2008) concluíram que os pais de crianças com diagnóstico recente de DM1 estão sob risco de desenvolver ansiedade e depressão relacionadas, de certa forma, com a angústia parental pediátrica. Sales et al. (2009) investigando as concepções dos cuidadores informais de crianças com DM1 apreenderam que, para os cuidadores, vivenciar essa condição é constitui um fardo difícil e o impacto da doença pode gerar crises de adaptação nas estratégias de enfrentamento da família.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os cuidadores sempre se mostraram dispostos a participar e colaborar com o estudo, porém houve recusa por parte de alguns adolescentes, mesmo sob insistência do cuidador para que este participasse. Outros adolescentes, mais independentes, comparecem às consultas desacompanhados e até se mostraram interessados em participar, mas a ausência do cuidador, devido ao envolvimento com atividades laborais, para assinatura do TCLE e preenchimento dos instrumentos impossibilitou a inclusão destes adolescentes. Outro aspecto a ser considerado é que uma avaliação do consumo alimentar seria de grande valia para explicar o perfil lipídico das crianças e adolescentes, levando-se em conta que a qualidade da alimentação em relação ao conteúdo de lipídeos e carboidratos pode interferir nos níveis de lipídeos séricos.

9 CONCLUSÕES

1. Os cuidadores apresentaram médias elevadas de RO ($4,0 \pm 1,5$), RNO ($4,7 \pm 1,3$) e RI ($13,7 \pm 1,7$), demonstrando alta religiosidade nas três dimensões avaliadas.
2. Quanto ao uso da religiosidade no enfrentamento do DM1 pelos cuidadores mostraram escores de utilização considerados altos do CRET ($3,7 \pm 0,3$) e considerado médio o escore de uso de CREP ($3,3 \pm 0,6$). Os escores de utilização do CREN foram de $1,8 \pm 0,6$. A relação CREN/CREP foi de ($0,5 \pm 0,2$), demonstrando que o uso do CREP foi 50 % maior em relação ao uso do CREN.
3. No grupo <10 anos houve correlação inversa e moderada entre Δ HbA1c e RI ($r = -0,615$; $p = 0,025$); forte e inversa entre FRUTO e RO ($r = -0,738$; $p =$

0,004); positiva e moderada entre CT e RNO ($r = 0,686$; $p = 0,010$), bem como direta e moderada entre LDL-c e RNO ($r = 0,571$; $p = 0,042$). No grupo etário maior que 10 anos, verificou-se associação inversa e fraca entre CT, TG e Não-HDL-c com RNO ($r = -0,310$; $p = 0,032$), ($r = -0,323$; $p = 0,029$) e ($r = -0,319$; $p = 0,031$).

4. Foram observadas correlações inversa e moderada entre GJ e CREP ($r = -0,632$; $p = 0,021$) e, moderada e direta entre CT e CREP ($r = 0,566$; $p = 0,04$) no grupo etário <10 anos. Não foram observada correlações significantes entre as outras variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico nesse grupo etário e nenhuma correlação no grupo etário ≥ 10 anos.
5. A severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade foi identificada como grave em 22,0% ($n = 13$), 44,1 % ($n = 26$) e 42,1% ($n = 25$) dos cuidadores.
6. Foi observada apenas uma correlação significativa, inversa e fraca entre LDL-c e severidade de sintomas de depressão ($r = -0,300$; $p = 0,043$) no grupo etário ≥ 10 anos. Não foram observadas correlações significantes entre as outras variáveis de controle glicêmico e perfil lipídico nesse grupo etário e nenhuma correlação no grupo etário <10 anos.
7. Não foram observadas correlações significantes entre os escores RO, RI, CREP, CRET, CREN/CREP, de depressão e de estresse com as variáveis sociodemográficas dos cuidadores de crianças e adolescentes com DM1 nos grupo etários <10 anos e ≥ 10 anos. No entanto observou-se correlação direta e fraca entre CREP e Idade do cuidador ($r = 0,309$; $p = 0,037$); entre CRETOTAL e renda familiar ($r = 0,398$; $p = 0,006$). A razão CREN/CREP e a severidade de sintomas de ansiedade apresentaram correlações fracas e inversas com a renda familiar ($r = -0,343$; $p = 0,018$) e ($r = -0,296$; $p = 0,046$).
8. Não foram observadas correlações significantes entre CREP, CRETOTAL E CREN/CREP com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade dos cuidadores de crianças <10 anos. No entanto foram observadas correlações diretas, moderadas a fortes e significantes entre CREN e severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade ($r = 0,736$; $p = 0,004$), ($r = 0,601$; $p = 0,030$), ($r = 0,873$; $p < 0,0001$). No grupo etário >10 anos não foi observada correlação apenas entre CREP e severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade. Entre CREN

com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade foram observadas correlações diretas, significativas e moderadas ($r = 0,565$; $p < 0,0001$), ($r = 0,499$; $p < 0,0001$), ($r = 0,502$; $p < 0,0001$); e entre CREN/CREP com severidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade correlações diretas, significativas e moderadas ($r = 0,559$; $p < 0,0001$), ($r = 0,459$; $p = 0,001$), ($r = 0,460$; $p = 0,001$). O CRETOTAL apresentou correlações inversas e moderada com severidade de sintomas de depressão e ansiedade ($r = -0,504$; $p = 0,001$) e ($r = -0,413$; $p = 0,001$) e, negativa e fraca com sintomas de estresse ($r = -0,380$; $p = 0,009$). No grupo etário < 10 anos foram observadas correlações positiva e significativa do fator N2 – *Posição negativa frente a Deus* com sintomas de ansiedade ($r = 0,597$; $p = 0,031$); fortes entre o fator N4 – *Insatisfação com o outro institucional* com depressão ($r = 0,809$; $p = 0,001$) e com ansiedade ($r = 0,875$; $p < 0,0001$) e moderada com estresse ($r = 0,582$; $p = 0,037$). No grupo etário ≥ 10 anos foram observadas correlações diretas e fracas entre N1 – *Reavaliação negativa de Deus* com: estresse ($r = 0,377$; $p = 0,010$) e ansiedade ($r = 0,371$; $p = 0,011$); entre N2 – *Posição negativa frente a Deus* com depressão ($r = 0,295$; $p = 0,047$) e entre N4 – *Insatisfação com o outro institucional* com estresse ($r = 0,371$; $p = 0,011$) e com ansiedade ($r = 0,381$; $p = 0,009$). Correlações moderadas e positivas foram identificadas entre N1 – *Reavaliação negativa de Deus* com depressão ($r = 0,456$; $p = 0,001$); entre N3 – *Reavaliação negativa do significado* com depressão ($r = 0,565$; $p = 0,002$) com estresse ($r = 0,529$; $p < 0,0001$) e com ansiedade ($r = 0,575$; $p < 0,0001$) e entre N4 – *Insatisfação com o outro institucional* com depressão ($r = 0,453$; $p = 0,002$).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo tem relevância ao abordar a religiosidade como estratégia de enfrentamento do cuidador de crianças e adolescentes com DM1. A associação inversa observada entre o CREP do cuidador com GJ de crianças menores de 10 anos pode indicar que estimular a religiosidade dos cuidadores como forma de enfrentamento pode contribuir, não só para aliviar o fardo do cuidado, mas também para um controle mais adequado do DM das crianças e adolescentes. Ao observarmos sintomas de comprometimento da saúde mental dos cuidadores nos

deparamos com seu sofrimento e dificuldades em lidar com o gerenciamento do DM da criança e adolescente. Desse modo a equipe de profissionais de saúde constitui importante base de suporte para essas pessoas ávidas não só de esclarecimentos quanto ao tratamento do DM, mas também necessitadas de acolhimento e compreensão. A partir de nossos achados torna-se imprescindível a triagem desses cuidadores para verificar seu estado emocional e, encaminhá-los para um suporte adequado, seja clínico ou de práticas integrativas complementares em saúde, com o objetivo de oferecer o acolhimento e aliviar o fardo estressante que é cuidar de alguém com DM.

REFERÊNCIAS

ABDELGAWAD, Noha et al. Religiosity in acute psychiatric inpatients: relationship with demographics, clinical features, and length of stay. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 6, p. 448-452, June 2017.

ALLPORT, Gordon W.; ROSS, J. Michael. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432-443, Apr. 1967.

ALMEIDA, Anelysa Macedo de et al. Qualidade de vida, autoestima, depressão e espiritualidade em pais cuidadores de menores diabéticos. **Revista do Médico Residente**, v. 4, n. 2, p. 94-100, abr./jun. 2012.

AL-ODAYANI, Abdulrahman Nasser et al. Children's glycemic control: mother's knowledge and socioeconomic status. **Global Journal of Health Science**, v. 5, n. 6, p. 214-226, Oct. 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. **Diabetes Care**, v. 40, suppl. 1, p. S1-S135, Jan. 2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes - 2018. **Diabetes Care**, v. 41, suppl. 1, p. S13-S27, Jan. 2018.

APÓSTOLO, João Luís Alves. Depressão, Ansiedade e Stress. In: _____. **O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e estresse**. 1. ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. cap. 2, p. 31-66.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Brasil 2016**. 2016. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 14 nov. 2017.

BERNIK, Vladimir; LOPES, Katrini Vianna. Estresse, depressão e ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 68, n. 3, p. 4-6, maio 2011.

BOSCH, Juan; PETRUCELLI, R. Joseph. Medicina na América pré-colombiana. In: LYONS, Albert S.; PETRUCELLI, R. Joseph. **História da Medicina**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole, 1997. cap. 1, p. 43-58.

BOSS, Pauline; BRYANT, Chalandra M.; MANCINI, Jay A. **Family Stress Management: a contextual approach**. 3. ed. Los Angeles: Sage Publications, 2017. 226 p.

BOUDREAUX, Edwin et al. The Ways of Religious *Coping* Scale: reliability, validity, and scale development. **Assessment**, v. 2, n. 3, p. 233-244, Sept. 1995.

BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Gabinete do Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011. 71 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Atlas do Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**, Rio de Janeiro, 2013.

BRITO, Thaís Basso de; SADALA, Maria Lúcia Araújo. Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 947-960, May/June 2009.

BYNUM, William F.; PORTER, Roy. **Companion encyclopedia of the history of medicine**. 1. ed. New York: Routledge, 1997. 1848 p.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003. 264 p.

CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira; SANTOS, Odete Alves da Silva Guerra dos; CHAMON, Marco Antonio. Estresse e estratégias de enfrentamento: instrumentos de avaliação e aplicações. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÕES E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO, 32., 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPD. 2008.

COUSINO, Melissa K. HAZEN, Rebecca A. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 38, n. 8, p. 809-828, Sept. 2013.

CRAMER, Phebe. Defense mechanisms and physiological reactivity to stress. **Journal of Personality**, v. 71, n. 2, p. 221-244, Apr. 2003.

CRIVELLATO, Enrico; RIBATTI, Domenico. Soul, mind, brain: Greek philosophy and the birth of neuroscience. **Brain Research Bulletin**, v. 71, n. 4, p. 327-336, Jan. 2007.

DEFRONZO, Ralph A. et al. **International Textbook of Diabetes Mellitus**. 4. ed. v. 2. Oxford: John Wiley & Sons, 2015. 1228 p.

DONAGHUE, Kim C. et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Microvascular and macrovascular complications in children and adolescents. **Pediatric Diabetes**, v. 19, suppl. 27, p. 262-274, Oct. 2018.

DUTRA, Hérica Silva; WERNECK, Lybia Moratório Fernandes; GOMES, Ana Lucia. Crianças com diabetes: percepções maternas. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 1, n. 2, p. 195-203, jul./dez. 2015.

ESTRIDGE, Barbarah H.; REYNOLDS, Anna P. **Técnicas Básicas de Laboratório Clínico**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2011. 800 p.

FERREIRA, Tassiani Turra et al. Percepção de acadêmicos de medicina e de outras áreas da saúde e humanas (ligadas à saúde) sobre as relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 62-74, jan./mar. 2018.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. An analysis of *coping* in a middle aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, n. 3, p. 219-239, Sept. 1980.

FOLKMAN, Susan. Personal control and stress and *coping* processes: a theoretical analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 46, n. 4, p. 839-852, Apr. 1984.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. If it changes it must be a process: study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 1, p. 150-170, Jan. 1985.

FREITAS, Thiago H. et al. Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 3, p. 219-227, July/Sept. 2015.

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. Depois de Hipócrates. In: _____. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois**. 1. ed. Porto Alegre: Stampa, 2007. cap. 8, p. 59-63.

GREY, Margaret. *Coping* and psychosocial adjustment in mothers of young children with type 1 diabetes. **Child Health Care**, v. 38, n. 2, p. 91-106, 2009.

HASSAN, Krishnavathana et al. The role of socioeconomic status, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus. **The Journal of Pediatrics**, v. 149, n. 4, p. 526-531, Oct. 2006.

HAUGSTVEDT, Anne et al. Psychosocial family factors and glycemic control among children aged 1-15 years with type 1 diabetes: a population-based survey. **BMC Pediatrics**, v. 11, p. 118, Dec. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282662/>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

HOLMAN, Naomi; YOUNG, Bob; GADSBY, Roger. Current prevalence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in the UK. **Diabetic Medicine**, v. 32, n. 9, p. 1119-1120, Sept. 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8. ed. 2017. 147 p.

JASER, Sarah S.; LINSKY, Rebecca; GREY, Margaret. *Coping and psychological distress in mothers of adolescents with type 1 diabetes*. **Maternal and Child Health Journal**, v. 18, n. 1, p. 101-108, Jan. 2014.

KARAVANAKI, Kyriaki et al. Carotid intima media thickness and associations with serum osteoprotegerin and s-RANKL in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus with increased risk for endothelial dysfunction. **Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism**, v. 31, n. 11, p. 1169-1177, Nov. 2018.

KARDEC, Allan. Aliança da Ciência e da Religião. In: KARDEC, Allan. **O Evangelho Segundo o Espiritismo**. 131. ed. Brasília: FEB, 2013. cap. 1, p. 41-49.

KOENIG, Harold G.; PARKERSON JR, George R.; MEADOR, Keith G. Religion index for psychiatric research. **The American Journal of Psychiatry**, v.154, n. 6, p. 885-886, June 1997.

KOENIG, Harold G.; GEORGE, Linda K.; PETERSON, Bercedis L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **The American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 536-542, Apr. 1998.

KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael E.; LARSON, David B. Religion and Medicine II: Religion, Mental Health, and Related Behaviors. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001a.

KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael E.; LARSON, David B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001b. 628 p.

KOENIG, Harold G.; BÜSSING, Arndt. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 78-85, Dec. 2010.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, p. 1-33, Dec. 2012. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

KOENIG, Harold G.; KING, Dana E.; CARSON, Verna B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. Estados Unidos: Oxford University Press, 2012. 1169 p.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Advances in Mind-body Medicine**, v. 29, n. 3, p. 11-18, 2015.

KOIZUMI, Shuichi. Japanese mothers' responses to the diagnosis of childhood diabetes. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 7, n. 2, p. 154-160, Apr. 1992.

KOVATCHEV, Boris. Glycemic Variability: Risk Factors, Assessment, and Control. **Journal of Diabetes Science and Technology**, v. 13, n. 4, p. 627-635, July 2019.

LAFER, Beny et al. **Depressão no ciclo da vida**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 271 p.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal and coping**. 1. ed. New York: Springer, 1984. 456 p.

LISBOA, Carolina et al. Estratégias de *coping* de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, p. 345-362, 2002.

LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO JUNIOR, Zenon; MARTINS, José Cássio. **Influências da religião sobre a saúde mental**. 1. ed. São Paulo: ESETec, 2009. 270 p.

LOVIBOND, Peter F.; LOVIBOND, Sydney H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, Mar. 1995.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, June 2012.

LYONS, Albert S. Medicina primitiva. In: LYONS, Albert S.; PETRUCELLI, R. Joseph. **História da Medicina**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole, 1997a. cap. 1, p. 31-41.

LYONS, Albert S. Medicina pré histórica. In: LYONS, Albert S.; PETRUCELLI, R. Joseph. **História da Medicina**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole, 1997b. cap. 1. p. 19-30.

MAFFEIS, Claudio et al. Glucose-independent association of adiposity and diet composition with cardiovascular risk in children and adolescents with type 1 Diabetes. **Acta Diabetologica**, v. 54, n. 6, p. 599-605, June 2017.

MAHFOUZ, Eman Mohamed et al. Effects of mother's knowledge and *coping* strategies on the glycemic control of their diabetic children in Egypt. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 9, p. 26, Mar. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5869960/>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MALERBI, Fani Eta Korn; NEGRATO, Carlos Antonio; GOMES, Marília B. Assessment of psychosocial variables by parents of youth with Type 1 diabetes mellitus. **Diabetology and Metabolic Syndrome**, v. 4, n. 1, p. 48, Nov. 2012.

MANFROI, Edi Cristina; MACARINI, Samira Mafioletti; VIEIRA, Mauro Luis. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 1, p. 59-69, 2011.

MARCELINO, Cristiane. **Qualidade de vida e coping religioso/espiritual em mães de crianças com cardiopatia congênita pré-operatórias**. 2013. 109 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MARQUES, Luciana Fernandes. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, p. 56-65, jun. 2003.

MARQUES, Rosana de Moraes Borges; FORNÉS, Nélida Schmid; STRINGHINI, Maria Luiza Ferreira. Fatores sócio econômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito do tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 55, n. 3, p. 194-202, abr. 2011.

MAYER-DAVIS, Elizabeth J. et al. Incidence trends of type 1 and type 2 diabetes among youths, 2002–2012. **The New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 15, p. 1419-1429, Apr. 2017.

MAYER-DAVIS, Elizabeth J. et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. **Pediatric Diabetes**, v. 19, suppl. 27, p. 7-19, Oct. 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, Aug. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, n.1, p. 31-32, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Envolvimento religioso e fatores sócio demográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n.1, p. 12-15, jan. 2010.

MOURA, Roberto de Almeida et al. Determinações bioquímicas. In: _____. **Técnicas de laboratório**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 6, p.35-96.

NACIF, Márcia; VIEBIG, Renata Furlan. Avaliação antropométrica nas fases do ciclo da vida: Percentual de gordura corporal. In: _____. **Avaliação antropométrica nos ciclos da vida**: uma visão prática. São Paulo: Editora Metha, 2007. cap. 2. p. 41-43.

NIEUWESTEEG, Anke M et al The relationship between parenting stress and parent-child interaction with health outcomes in the youngest patients with type 1 diabetes (0-7 years). **European Journal of Pediatrics**, v. 175, n. 3, p. 329-338, Mar. 2016.

NOBLE, Rudolf E. Diagnostic of stress. **Metabolism: Clinical and Experimental**, v. 51, n. 6, suppl 1, p. 37-39, June 2002.

ONIS, Mercedes de et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 9, p. 660-667, Sept. 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Spiritual/religious coping. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, suppl. 1, p. 126-135, 2007.

PARGAMENT, Kenneth L. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: Guilford Press, 1997. 548 p.

PARGAMENT, Kenneth L. et al. Patterns of positive and negative religious *coping* with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 37, n. 4, p. 710-724, Dec. 1998.

PARGAMENT, Kenneth L.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, Apr. 2000.

PARGAMENT, Kenneth L. et al. Religion *coping* among religious: the relationship between religious *coping* and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 40, n. 3, p. 497-513, Sept. 2001.

PATE, Tanja et al. Fear of hypoglycemia, anxiety, and subjective well-being in parents of children and adolescents with type 1 diabetes. **Journal of Health Psychology**, v. 24, n. 2, p. 209-218, June 2019.

PEREIRA, Thayanne Branches; BRANCO, Vera Lúcia Rodrigues. As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 24-31, jun. 2016.

PETRUCELLI, R. Joseph. A expansão do cristianismo. In: LYONS, Albert S.; Petrucelli, R. Joseph. **História da Medicina**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole, 1997. cap. 4, p. 265-278.

PINHO, Clarissa Mourão et al. Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 392-399, Mar./Apr. 2017.

PRIORESCHI, Plínio. **A History of Medicine**. 2. ed. v. 1. Omaha: Horatius, 1995. 534 p.

RESENDE, Daniela Cristina Silva et al. Interferencia nutricional no tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 3, p. 1-9, jul./set. 2018.

REWERS, Marian J. et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Assessment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes. **Pediatric Diabetes**, v. 15, suppl. 20, p. 102-114, Sept. 2014.

ROMEIRA, Olga. Espiritualidade que importância no cuidar. **Servir**, v. 46, n. 3, p. 127-128, 1998.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SALES, Catarina Aparecida et al. O cuidar de uma criança com diabetes mellitus tipo 1: concepções dos cuidadores informais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 563-572, 2009.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

SANTOS, Fernando Silva et al. Estresse em estudantes de cursos preparatórios e de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 194-200, abr./jun. 2017.

SCHAAIJK, Nienke M. Maas-van; ROELEVELD-VERSTEEGH, Angelique B. C.; VAN BAAR, Anneloes L. The interrelationships among paternal and maternal parenting stress, metabolic control, and depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes mellitus. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 38, n. 1, p. 30-40, Jan./Feb. 2013.

SCHEIER, Michael F.; CARVER, Charles S.; BRIDGES, Michael W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 67, n. 6, p. 1063-1078, Dec. 1994.

SCHWARTZMANN, J. B. As raízes dos sacrifícios aos deuses. In: _____. **Faces de um Deus Remoto**: uma visão criacionista das origens do homem, das nações e sua orientação religiosa. 1 ed. Timburi: Editora Cia do Ebook, 2018. cap. 1, p. 3-6.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan./abr. 2007.

SELYE, Hans. Stress and Distress. **Comprehensive Therapy**, v. 1, n. 8, p. 9-13, Dec. 1975.

SEVALHO, Gil. A Historical Approach to Social Representations of Health and Disease. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 349-363, July/Sept. 1993.

SILVA, João Bernardino da; SILVA, Lorena Bandeira. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. **Revista Logos & Existência**, v. 3, n. 2, p. 203-215, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, suppl.1, p. 1-76, ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Rio de Janeiro: Clannad Editora Científica, 2017. 383 p.

SOUZA, Virgínio Cândido Tosta de. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna: desafios éticos para uma medicina mais humana. **Revista BIOETHIKOS**, v. 4, n. 1, p. 86-91, jan/mar. 2010.

STALLWOOD, Lynda. Influence of caregiver stress and *coping* on glycemic control of Young childrens with diabetes. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 19, n. 5, p. 293-300, Sept./Oct. 2005.

STANLEY, Melinda A. et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. **Aging and Mental Health**, v. 15, n. 3, p. 334-343, Apr. 2011.

STREISAND, Randi et al. Parental anxiety and depression associated with caring for child newly diagnosed with type 1 diabetes: opportunities for education and counseling. **Patient Education and Counseling**, v. 73, n. 2, p. 333-338, Nov. 2008.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: FREIRE, Gilson Teixeira; SALGADO, Mauro Ivan. **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**, 1. ed. Inede, 2008. p. 427-443.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. **Bipolar disorders**, v. 15, n. 4, p. 385-393, June 2013.

TAHA, Zainab; ELTOUM, Zeinab; WASHI, Sidiga. Predictors of glucose control in children and adolescents with type 1 diabetes: results of a cross-sectional study in Khartoum, Sudan. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 6, n. 11, p. 2035-2039, Nov. 2018.

TALAKOUB, Sedigheh; NASIRI, Mahmoud. Affective responses of the parents after diagnosis of type 1 diabetes in children. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 17, n. 2, suppl. 1, Feb. 2012.

TELES, Sheylle Almeida S.; FORNÉS, Nélida Schmid. Relação entre o perfil antropométrico e bioquímico em crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 65-71, 2012.

TOKUMARU, Rosana Suemi et al. Diferenças no investimento materno em função de variáveis socioambientais. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 49-55, jan./abr. 2011.

VALENTE, Tânia Cristina de Oliveira. et al. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. **Interações**, v. 11, n. 20, p. 85-97, jul./dez. 2016.

VAUX, Kenneth. Religion and health. **Preventive Medicine**, v. 5, n. 4, p. 522-536, Dec. 1976.

VIÉGAS, Cynthia Griselda Castro. **Necessidades do cuidador familiar de crianças e adolescentes com diabetes mellitus**. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

VIGNOLA, Rose Claudia Batistelli; TUCCI, Adriana Marcassa. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104-109, Feb. 2014.

WHITTEMORE, Robin et al. Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. **Diabetes Educator**, v. 38, n. 4, p. 562-579, July/Aug. 2012.

WONG-MCDONALD, Ana; GORSUCH, Richard L. Surrender to God: na additional coping style? **Journal of Psychology and Theology**, v. 28, n. 2, p. 149-161, June 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Geneva: WHO, 1998. 162 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development**. Geneva: WHO, 2006. 312 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates**. Geneva: WHO, 2017. 24 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Departamento de Clínica Médica- Disciplina de Endocrinologia e Metabologia
Avenida Getúlio Guarita, nº 230 – Bairro Abadia – CEP 38.025-440 – Uberaba – MG 34.3318-5292

O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

A (O) criança (ou adolescente) sob sua responsabilidade está sendo convidada (o) a participar do estudo O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO por ter diagnóstico de Diabetes Mellitus 1. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da criança ou do adolescente é importante. O objetivo deste estudo é verificar o uso da religiosidade /espiritualidade como suporte para cuidar da criança/adolescente, assistidos pelo ambulatório de Endocrinologia Nutrição e Diabetes da Universidade Federal Triângulo Mineiro – UFTM, interfere no controle da glicemia no sangue ou das gorduras no sangue (colesterol e suas frações, triglicerídeos) e função dos rins (ureia, creatinina, microalbuminúria e ácido úrico). Caso você participe, será necessário responder a 6 (seis) questionários os quais você preencherá durante o tempo de espera até o momento da consulta da criança/adolescente com o médico endocrinologista. Os questionários são: 1º questionário de classificação econômica construído a partir da posse de bens e utensílios domésticos e escolaridade do chefe da família; 2º Índice de Religião da Universidade de DUKE (Durel) usado para medir a religiosidade através de 5 itens; 3º Escala de Coping Religioso/Espiritual - Abreviada (CRE- Breve) que avalia o enfrentamento religioso e espiritual e possui 49 itens; 4º Escala de resiliência é um instrumento, com 25 itens, utilizado para medir os níveis de adaptação psicossocial positiva em fatos de eventos de vida importantes; 5º Escala de estresse, ansiedade e depressão (Depression, anxiety and stress scale 21 – DASS-21) com 21 itens, é um instrumento para avaliar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse; 6º Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes é um instrumento autoaplicável, com 16 itens, específico para avaliação das atividades de autocuidado com o diabetes. O tempo médio estimado para o todo o preenchimento é de 30 a 40 minutos. A criança ou adolescente sob sua responsabilidade poderá ter algum desconforto quando receber uma picada para coletar o sangue do seu braço. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) contribuir para verificação da relação religiosidade, espiritualidade e diabetes. Considerando que os resultados encontrados poderão ser utilizados para nortear os atendimentos no Ambulatório Endocrinologia Nutrição e Diabetes no desenvolvimento de ações para prevenção e/ou tratamento precoce dos fatores de risco. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome nem da criança ou adolescente não aparecerão em qualquer momento do estudo pois serão identificados com número.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Departamento de Clínica Médica- Disciplina de Endocrinologia e Metabolgia
Avenida Getúlio Guarita, nº 230 – Bairro Abadia – CEP 38.025-440 – Uberaba – MG 34 3318-5292

TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual a criança (ou o adolescente) sob minha responsabilidade será submetida (o). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Entendi que eu e a criança/adolescente sob minha responsabilidade somos livres para interromper a participação da criança/adolescente na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não afetará o tratamento criança/adolescente. Sei que o nome da criança/adolescente não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação da criança/adolescente no estudo, desde que ele (a) também concorde. Por isso a criança/adolescente assina (caso seja possível) junto comigo este Termo de Consentimento. Após assinatura, receberei uma via (não fotocópia) deste documento.

Uberaba, _____/_____/_____

Assinatura do participante ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Prof(a) Dr(a) Maria de Fátima Borges Telefone: 3318-5292 / E-mail: borgmf@uoi.com.br; Adriana Paula da Silva: (34) 999724334 / e-mail: adrianapaulanutri@gmail.com; Izabelle Mara Rodrigues Mesquita (34) 992013214 E-mail: izabellemesquita@hotmail.com; Elvi Cristina Rojas Fonseca (34) 9997817171 E-mail: elvicristina@terra.com.br; Eilda Mara Carneiro da Silva (34) 996865988 E-mail: eldamc16@gmail.com; Alzira Maria Cussi Dias Brasileiro (34) 991985084 E-mail: amcbd@terra.com.br; Ana Cláudia Moura Caetano Araújo (34) 984179633 E-mail: anacaetano_@hotmail.com.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.

APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Departamento de Clínica Médica- Disciplina de Endocrinologia e Metabologia
Avenida Getúlio Guarita, nº 230 – Bairro Abadia – CEP 38.025-440 – Uberaba – MG 34 3318-5202

O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ RG Médico: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Profissão: _____
Naturalidade: _____ Procedência: _____

HISTÓRICO CLÍNICO DO DM

Tempo de DM: _____
Medicação/dose: _____
Controle durante o seguimento do DM: _____
Presença de complicações crônicas: _____
Antecedentes familiares para o DM: _____
Doenças associadas: _____

HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

Fuma: () sim () Não, se sim, número de cigarros por dia: _____
Consome bebida alcoólica: () Sim () Não, se sim, qual a quantidade: _____
Autodenominação de afiliação religiosa: _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Circunferência da Cintura: _____
Pressão Arterial: _____

Queixas: _____
Anestesia: _____ Impotência: _____
Diarreia: _____ Constipação: _____ Incontinência urinária e fecal: _____
Hipotensão postural: _____ Pé diabético: _____ Mal perfurante: _____

APÊNDICE D – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADORES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Departamento de Clínica Médica- Disciplina de Endocrinologia e Metabologia
Avenida Getúlio Guarita, nº 230 – Bairro Abadia – CEP 38.025-440 – Uberaba – MG 34 3318-5292

O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO

FICHA DE INDIVIDUAL PARA OS CUIDADORES

IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADORES

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: _____ Profissão: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

APÊNDICE E – EXAMES LABORATORIAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Departamento de Clínica Médica- Disciplina de Endocrinologia e Metabologia
Avenida Getúlio Guarita, nº 230 – Bairro Abadia – CEP 38.025-440 – Uberaba – MG 34 3318-5202

O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO

FICHA DE EXAMES LABORATORIAIS

*Exames coletados a cada 4 meses

Data	Glicemia de jejum	Pós- prandial	HbA1c	Frutossamina	Colesterol Total	Triglicerídeos	LDL- colesterol	HDL- colesterol

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem_____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

ANEXO B – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERIDADE DE DUKE (DUREL)

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERIDADE DE DUKE (DUREL)

MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- 1 Mais de uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas a três vezes por mês
- 4 Algumas vezes por ano
- 5 Uma vez por ano ou menos
- 6 Nunca

(2) Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- 1 Mais de uma vez ao dia
- 2 Diariamente
- 3 Duas ou mais vezes por semana
- 4 Uma vez por semana
- 5 Poucas vezes por mês
- 6 Raramente ou nunca

A seção seguinte contém frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)

- 1 Totalmente verdade para mim
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda minha maneira de viver:

- 1 Totalmente verdade para mim
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver minha religião em todos os aspectos da vida

- 1 Totalmente verdade para mim
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

ANEXO C – ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL (CRE)

Escala de CRE-BREVE

Escala de *Coping* religioso-Espiritual Abreviada

PANZINI; BANDEIRA, 2005.

Estamos interessados em saber o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, escreva com poucas palavras: _____

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor **representa o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido a situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com a crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Tive dificuldade para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Convenci-me de que as forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Envolvi-me voluntariamente em atividade pelo bem próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo- o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR

ANEXO D – ESCALA CRE-BREVE- INTERPRETAÇÃO DOS ESCORES

Escala de *Coping* religioso-Espiritual Abreviada
PANZINI; BANDEIRA, 2005.

PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DOS DADOS

Nome do respondente: _____ Idade: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____ Estado Civil: _____
Data aplicação: ____/____/____ Avaliador: _____

ÍNDICES GERAIS DA ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL-ABREVIADA
CRE POSITIVO (CREP)

Cre1	Cre2	Cre4	Cre5	Cre6	Cre8	Cre10	Cre12	Cre14	Cre15	Cre16	Cre17inv	Cre18	Soma1
Cre20	Cre21	Cre24	Cre25	Cre26	Cre27	Cre29	Cre30	Cre31	Cre34	Cre35	Cre36	Cre38	Soma2
Cre39	Cre40	Cre42	Cre43inv	Cre45	Cre46	Cre47	Cre49						Soma3

$$\text{CRE POSITIVO} = \frac{\text{Soma1} + \text{Soma2} + \text{Soma3}}{34} = \frac{\quad}{34} + \frac{\quad}{34} + \frac{\quad}{34} = \frac{\quad}{34}$$

CRE NEGATIVO (CREN)

Cre3	Cre7	Cre9	Cre11	Cre13	Cre19	Cre22	Cre23	Soma4
Cre28	Cre32	Cre33	Cre37	Cre41	Cre44	Cre48		Soma5

$$\text{CRE NEGATIVO} = \frac{\text{Soma4} + \text{Soma5}}{15} = \frac{\quad}{15} + \frac{\quad}{15} = \frac{\quad}{15}$$

CRE NEGATIVO INVERTIDO

Cre3inv	Cre7inv	Cre9inv	Cre11inv	Cre13inv	Cre19inv	Cre22inv	Cre23inv	Soma4
Cre28inv	Cre32inv	Cre33inv	Cre37inv	Cre41inv	Cre44inv	Cre48inv		Soma5

$$\text{CRE NEGATIVO INVERTIDO} = \frac{\text{Soma6} + \text{Soma7}}{15} = \frac{\quad}{15} + \frac{\quad}{15} = \frac{\quad}{15}$$

$$\text{CRE TOTAL} = \frac{\text{CRE POSITIVO} + \text{CRE NEGATIVO INVERTIDO}}{2} = \frac{\quad}{2} = \quad = \bigcirc$$

$$\text{RAZÃO CREN/CREP} = \frac{\text{CRE NEGATIVO}}{\text{CRE POSITIVO}} = \frac{\quad}{\quad} = \bigcirc$$

inv: Significa o escore marcado pelo respondente da escala naquele item específico e deve ser invertido conforme o seguinte parâmetro: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

ÍNDICES PARCIAIS DA ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL-ABREVIADA

FATORES DE CRE POSITIVO

P1- Transformação de Si/Sua Vida

Cre8	Cre16	Cre20	Cre21	Cre25	Cre29	Cre35	Cre47	Cre49	Soma		Média
										÷9=	

P2- Busca de ajuda Espiritual

Cre5	Cre15	Cre27	Cre36	Cre42	Soma		Média
						÷5=	

P3- Oferta de ajuda a outro

Cre1	Cre4	Cre14	Cre18	Cre39	Soma		Média
						÷5=	

P4- Posição positiva frente a Deus

Cre2	Cre6	Cre17inv	Cre36	Cre30	Cre43inv	Soma		Média
							÷5=	

P5- Busca do Outro Institucional

Cre10	Cre26	Cre40	Cre45	Soma		Média
					÷4=	

P6- Afastamento através Deus/religião/Espiritualidade

Cre12	Cre24	Cre38	Soma		Média
				÷3=	

P7- Busca de Conhecimento Espiritual

Cre31	Cre34	Cre46	Soma		Média
				÷3=	

FATORES CRE NEGATIVO

N1- Reavaliação negativa de Deus

Cre19	Cre32	Cre33	Cre37	Cre48	Soma		Média
						÷5=	

N2- Posição Negativa frente a Deus

Cre3	Cre22	Cre41	Soma		Média
				÷3=	

N3- Insatisfação com Outro Institucional

Cre7	Cre11	Cre28	Cre44	Soma		Média
					÷4=	

N4- Reavaliação Negativa do Significado

Cre9	Cre13	Cre23	Soma		Média
				÷3=	

Parâmetro de Interpretação dos Escores

Parâmetro utilizado para análise dos valores das médias de CRE quanto a sua utilização pelo respondente:

Nenhuma ou Irrisória	1,00 a 1,50
Baixa	1,51 a 2,50
Média	2,51 a 3,50
Alta	3,51 a 4,50
Altíssima	4,51 a 5,00

Interpretação dos Escores da Escala Cre-Breve

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA CRE-BREVE

Re: Autorização para utilizar instrumentos WHOQOL - SRPB e Escala CRE-Breve

1 mensagem

Raquel Gehrke Panzini <raquel-panzini@saude.rs.gov.br>
Para: Adriana Paula Silva <adrianapaulanutri@gmail.com>
Cc: Marcelo Pio de Almeida <mpafleck@gmail.com>

seg, 30 de nov de 2015 às 14:51

Prezada Adriana Paula Silva,

Tens minha autorização para usares a **Escala de Coping Religioso-Espiritual Breve (CRE-Breve)** em tua pesquisa ou TCC [me envia por e-mail teu Título, Instituição de Ensino e Orientador(a)?].

O Instrumento **WHOQOL-SRPB** é de autoria da WHO (OMS). Minha tese de doutorado fez a validação de campo da versão em português brasileiro, mas o instrumento é público e será disponibilizado na página da UFRGS / Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, onde trabalha o Prof. Dr. Marcelo P. A. Fleck, que foi meu orientador e é o Coordenador do Grupo WHOQOL no Brasil - para quem estou enviando cópia CC deste e-mail. Portanto, podes usá-lo também em tua Pesquisa ou TCC.

Em outro momento, te envio as formas de levantamento computadorizado (tipo, para SPSS) de ambos instrumentos, que seguem hoje em anexo, e o levantamento manual da Escala CRE-Breve, onde também consta a forma de interpretar os resultados (1-5).
Bom trabalho!

Atenciosamente,

Raquel Gehrke Panzini
Especialista em Saúde, Psicóloga PhD
Tutora da Residência Integrada em Saúde/Ênfase em Saúde Mental
Escola de Saúde Pública
Secretaria Estadual da Saúde/RS
ESP Av. Ipiranga, 6311 - CEP 90610-001
Porto Alegre - RS
Fone ESP: (51) 3501 - 1471

ANEXO F – ESCALA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO (DASS-21)

Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão

VIGNOLA; TUCCI, 2014

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

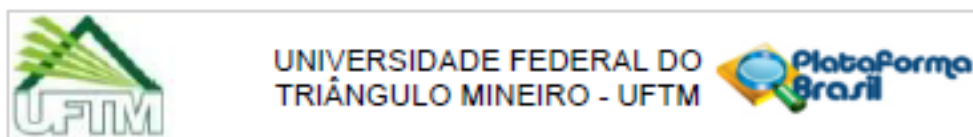
1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex: respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex: nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex: aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO

Pesquisador: Maria de Fátima Borges

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65365617.0.0000.5154

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.048.287

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora: "A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) define a saúde como "um estado dinâmico de completo desenvolvimento físico, mental, espiritual e o bem-estar social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Assim, a saúde depende da Qualidade de Vida (QV) e do bem-estar, que englobam a religiosidade e espiritualidade (SEGRE, 1997).

A religiosidade é um sistema de crenças, práticas e símbolos que irão auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado, promovendo entendimento e relações com a comunidade, como frequência e participação em cultos e rituais. A espiritualidade é a busca pessoal por respostas sobre a relação com o sagrado e o significado da vida e das razões de viver, não se restringindo às crenças, como cultivo espiritual, valores e fé. O sagrado está presente na religiosidade e na espiritualidade, mas a religião é um sistema que envolve a comunidade orientando para comportamentos e rituais. A espiritualidade está adstrita o indivíduo e é centrando-se nas emoções (ELKINS et al., 1988; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Durante a trajetória histórica da evolução da humanidade, houve testemunhos sobre a existência de crenças em espíritos bons e maus, além de práticas ligadas a espiritualidade voltadas para o cuidado do ser humano (ROMEIRA, 1998). Vale ressaltar que, a relação entre religião e ciência ocorre desde as antigas civilizações como a dos egípcios (2000-1800 a.C.), os quais praticavam o

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-8776

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br

ANEXO H

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica cuidadores informais de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Caso	Sexo Cuidador	Idade Cuidador (anos)	Profissão Cuidador	Parentesco Cuidador/Paciente	Escolaridade do Cuidador	Afiliação Religiosa	Classe Econômica
1	Feminino	46,55	Autônomo	Mãe	Até Superior Incompleto	Espírita	A+B
2	Feminino	36,19	Desempregado	Mãe	Até Médio Incompleto	Espírita	C1+C2
3	Feminino	30,40	Desempregado	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	D+E
4	Feminino	37,64	Desempregado	Mãe	Até F2 Incompleto	Espírita	C1+C2
5	Feminino	48,41	Autônomo	Mãe	Até F1 Incompleto	Evangélica	D+E
6	Feminino	41,57	Celetista	Mãe	Até F1 Incompleto	Espírita	C1+C2
7	Feminino	35,80	Autônomo	Mãe	Até F1 Incompleto	Católica	A+B
8	Feminino	38,62	Aposentado	Mãe	Até F1incompleto	Evangélica	C1+C2
9	Feminino	30,05	Desempregado	Mãe	Até F2 Incompleto	Evangélica	C1+C2
10	Feminino	54,25	Aposentado	Mãe	Até F2 Incompleto	Católica	C1+C2
11	Feminino	35,27	Desempregado	Mãe	Até Médio Incompleto	Evangélica	C1+C2
12	Feminino	36,73	Desempregado	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	A+B
13	Feminino	39,81	Servidor Público/Afins	Mãe	Até Superior Incompleto	Espírita	A+B
14	Feminino	47,18	Celetista	Mãe	Até F1incompleto	Católica	D+E
15	Feminino	27,98	Desempregado	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	C1+C2
16	Feminino	43,42	Desempregado	Mãe	Até Superior Incompleto	Espírita	C1+C2
17	Feminino	61,52	Desempregado	AVÔ/AVÓ	Até F1 Incompleto	Católica	D+E
18	Feminino	40,00	Servidor Público/Afins	Mãe	Superior Completo	Católica	A+B
19	Feminino	43,67	Desempregado	Mãe	Até F2 Incompleto	Católica	A+B
20	Feminino	46,70	Autônomo	Mãe	Até Médio Incompleto	Evangélica	C1+C2
21	Feminino	37,22	Autônomo	Mãe	Até Superior Incompleto	Espírita	A+B
22	Feminino	31,79	Autônomo	Mãe	Até Médio Incompleto	Católica	A+B

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica cuidadores informais de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	Sexo Cuidador	Idade Cuidador (anos)	Profissão Cuidador	Parentesco Cuidador/Paciente	Escolaridade do Cuidador	Afiliação Religiosa	Classe Econômica
23	Feminino	35,02	Celetista	Mãe	Superior Completo	Evangélica	A+B
24	Feminino	37,95	Celetista	Mãe	Até Médio Incompleto	Evangélica	A+B
25	Feminino	36,73	Servidor Público/Afins	Mãe	Superior Completo	Evangélica	A+B
26	Feminino	48,37	Autônomo	Mãe	Até Médio Incompleto	Evangélica	A+B
27	Masculino	38,62	Celetista	Pai	Até Médio Incompleto	Evangélica	C1+C2
28	Masculino	60,02	Celetista	Pai	Até Superior Incompleto	Católica	A+B
29	Feminino	45,62	Celetista	PADRASTO/MADRASTA	Até F2 Incompleto	Católica	A+B
30	Feminino	39,31	Autônomo	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	C1+C2
31	Feminino	52,50	Celetista	AVÔ/AVÓ	Até F2 Incompleto	Católica	A+B
32	Feminino	40,08	Celetista	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	C1+C2
33	Feminino	46,72	Desempregado	Mãe	Até F2 Incompleto	Sem Afiliação	C1+C2
34	Feminino	43,56	Celetista	Mãe	Até F2 Incompleto	Católica	C1+C2
35	Feminino	28,02	Autônomo	Mãe	Até F2 Incompleto	Evangélica	D+E
36	Feminino	52,66	Desempregado	Mãe	Até F1 Incompleto	Espírita	C1+C2
37	Feminino	36,10	Celetista	Mãe	Até F2 Incompleto	Evangélica	C1+C2
38	Feminino	31,70	Celetista	TIO/TIA	Até Médio Incompleto	Católica	C1+C2
39	Feminino	37,39	Celetista	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	A+B
40	Masculino	39,77	Celetista	Pai	Até F2 Incompleto	Espírita	D+E
41	Feminino	34,29	Celetista	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	C1+C2
42	Feminino	44,21	Servidor Público/Afins	Mãe	Superior Completo	Católica	A+B
43	Feminino	44,91	Autônomo	Mãe	Superior Completo	Católica	C1+C2
44	Feminino	37,81	Desempregado	Mãe	Até Médio Incompleto	Espírita	C1+C2
45	Feminino	27,98	Autônomo	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	C1+C2
46	Feminino	40,97	Desempregado	Mãe	Até Médio Incompleto	Católica	C1+C2

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica cuidadores informais de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	Sexo Cuidador	Idade Cuidador (anos)	Profissão Cuidador	Parentesco Cuidador/Paciente	Escolaridade do Cuidador	Afiliação Religiosa	Classe Econômica
47	Feminino	46,78	Celetista	Mãe	Até F1incompleto	Católica	C1+C2
48	Feminino	57,16	Celetista	AVÔ/AVÓ	Até F2 Incompleto	Católica	C1+C2
49	Feminino	39,61	Autônomo	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	A+B
50	Feminino	43,98	Desempregado	Mãe	Até F2 Incompleto	Católica	D+E
51	Feminino	45,30	Celetista	Mãe	Até Médio Incompleto	Católica	C1+C2
52	Feminino	42,84	Celetista	Mãe	Até Superior Incompleto	Católica	A+B
53	Feminino	44,76	Celetista	Mãe	Até F2 Incompleto	Católica	C1+C2
54	Feminino	43,96	Servidor Público/Afins	Mãe	Superior Completo	Evangélica	A+B
55	Feminino	54,54	Aposentado	Mãe	Superior Completo	Espírita	A+B
56	Feminino	42,30	Celetista	Mãe	Superior Completo	Católica	A+B
57	Feminino	35,50	Desempregado	Mãe	Até Superior Incompleto	Evangélica	C1+C2
58	Feminino	40,97	Celetista	Mãe	Até Superior Incompleto	Espírita	A+B
59	Masculino	38,02	Celetista	Pai	Até Superior Incompleto	Católica	D+E

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Tabela 2 - Dados clínicos de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Caso	Sexo Paciente	Idade Paciente (anos)	Tempo de DM (anos)	DM na Família	HAS	Deslipidemia	Hipotireoidismo	Medicação
1	Masculino	9,34	6	Não	Não	Não	Não	Insulina
2	Masculino	14,23	14	Não	Não	Não	Não	Insulina
3	Masculino	12,90	13	Não	Não	Não	Não	Insulina
4	Feminino	13,43	5	Não	Não	Não	Não	Insulina
5	Feminino	18,35	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina
6	Feminino	11,88	6	Não	Não	Não	Não	Insulina
7	Masculino	15,38	5	Não	Não	Não	Não	Insulina
8	Feminino	18,43	14	Não	Não	Não	Não	Insulina
9	Feminino	14,99	9	Não	Não	Não	Não	Insulina
10	Feminino	11,95	6	Não	Não	Não	Não	Insulina e AntiDMOral
11	Feminino	6,09	5	Não	Não	Não	Não	Insulina
12	Feminino	6,59	6	Não	Não	Não	Não	Insulina
13	Masculino	13,30	6	Não	Não	Não	Não	Insulina
14	Feminino	16,93	5	SIM	Não	Sim	Não	Insulina e AntiDMOral
15	Masculino	8,65	5	Não	Não	Não	Não	Insulina
16	Masculino	8,52	6	SIM	Não	Não	Não	Insulina
17	Masculino	14,38	5	SIM	Não	Não	Não	Insulina
18	Masculino	12,76	5	SIM	Não	Não	Não	Insulina
19	Feminino	19,14	12	SIM	Não	Não	Não	Insulina e AntiDMOral
20	Feminino	18,68	9	SIM	Não	Não	Não	Insulina
21	Feminino	6,85	4	SIM	Não	Não	Não	Insulina
22	Feminino	10,69	4	SIM	Não	Não	Não	Insulina
23	Masculino	13,31	11	Não	Não	Não	Não	Insulina

Tabela 2 - Dados clínicos de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	Sexo Paciente	Idade Paciente (anos)	Tempo de DM (anos)	DM na Família	HAS	Deslipidemia	Hipotireoidismo	Medicação
24	Masculino	13,90	5	Não	Não	Não	Não	Insulina
25	Masculino	12,97	6	Não	Não	Não	Não	Insulina
26	Feminino	16,23	12	Não	Não	Não	Não	Insulina e AntiDMOral
27	Feminino	19,40	6	Não	Não	Não	Não	Insulina e AntiDMOral
28	Feminino	17,16	6	SIM	Não	Não	Não	Insulina
29	Masculino	17,61	6	SIM	Não	Não	Não	Insulina e AntiDMOral
30	Feminino	6,69	4	Não	Não	Não	Não	Insulina
31	Masculino	17,36	15	SIM	Não	Não	Não	Insulina
32	Masculino	14,04	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina
33	Masculino	17,91	6	Não	Não	Não	Não	Insulina
34	Masculino	19,00	16	Não	Não	Não	Não	Insulina
35	Masculino	6,94	4	SIM	Não	Não	Não	Insulina
36	Feminino	18,02	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina
37	Masculino	14,77	10	Não	Não	Não	Não	Insulina
38	Masculino	11,14	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina
39	Masculino	14,31	5	SIM	Não	Não	Não	Insulina
40	Masculino	12,52	5	SIM	Não	Não	Não	Insulina
41	Masculino	13,39	12	Não	Não	Não	Não	Insulina
42	Masculino	16,96	8	SIM	Não	Não	Não	Insulina
43	Masculino	15,73	5	Não	Não	Não	Não	Insulina
44	Feminino	9,96	5	Não	Não	Não	Não	Insulina
45	Feminino	9,72	4	Não	Não	Não	Não	Insulina
46	Feminino	19,51	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina
47	Feminino	7,73	7	Não	Não	Não	Não	Insulina

Tabela 2 - Dados clínicos de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	Sexo Paciente	Idade Paciente	Tempo de DM	DM na Família	HAS	Deslipidemia	Hipotireoidismo	Medicação
48	Feminino	10,40	4	SIM	Não	Não	Não	Insulina
49	Feminino	11,88	3	Não	Não	Não	Não	Insulina
50	Masculino	18,85	9	SIM	Não	Não	Não	Insulina e AntiDMOral
51	Masculino	18,96	18	SIM	Não	Não	Não	Insulina
52	Feminino	17,44	7	Não	Não	Não	Não	Insulina
53	Masculino	14,40	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina e AntiDMOral
54	Feminino	8,75	4	SIM	Não	Não	Não	Insulina
55	Feminino	15,78	6	SIM	Não	Não	Não	Insulina
56	Masculino	10,65	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina
57	Masculino	10,87	7	SIM	Não	Não	Não	Insulina
58	Feminino	19,93	19	Não	Não	Sim	Sim	Insulina
59	Feminino	9,21	3	Não	Não	Não	Não	Insulina

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Tabela 3 - Dados antropométricos de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Caso	PESO (kg)	ALTURA (cm)	IMC (kg/m ²)	PERCENTIL IMC	IMC ZSCORE	Estado Nutricional	CA (cm)	Adequação CA
1	26,00	135,00	14,27	8,60	-1,36	IMC Adequado	54,00	< Percentil 90
2	44,70	161,70	17,10	15,20	-1,03	IMC Adequado	71,00	< Percentil 90
3	32,70	145,00	15,55	6,70	-1,49	IMC Adequado	59,00	< Percentil 90
4	63,20	164,00	23,50	90,90	1,33	Sobrepeso	74,00	< Percentil 90
5	67,40	170,00	23,32	72,60	0,60	IMC Adequado	88,00	≥ Percentil 90
6	44,30	152,90	18,95	66,30	0,42	IMC Adequado	67,50	< Percentil 90
7	62,90	175,00	20,54	57,50	0,19	IMC Adequado	78,00	< Percentil 90
8	61,40	150,00	27,29	94,00	1,55	Sobrepeso	89,50	≥ Percentil 90
9	27,30	135,00	14,98	0,50	-2,55	Baixo IMC para idade	58,50	< Percentil 90
10	55,10	164,40	20,39	81,30	0,89	IMC Adequado	73,50	< Percentil 90
11	18,40	111,10	14,91	40,40	-0,24	IMC Adequado	52,00	< Percentil 90
12	18,00	111,00	14,61	31,80	-0,47	IMC Adequado	52,00	< Percentil 90
13	40,80	155,00	16,98	22,90	-0,74	IMC Adequado	60,00	< Percentil 90
14	74,10	160,00	28,95	98,90	2,28	Obesidade	86,00	< Percentil 90
15	26,00	127,00	16,12	54,70	0,12	IMC Adequado	53,00	< Percentil 90
16	25,90	126,50	16,19	57,40	0,19	IMC Adequado	52,80	< Percentil 90
17	44,50	164,00	16,55	8,00	-1,41	IMC Adequado	67,00	< Percentil 90
18	44,90	154,00	18,93	65,10	0,39	IMC Adequado	67,00	< Percentil 90
19	69,30	160,50	26,90	93,10	1,48	Sobrepeso	93,00	≥ Percentil 90
20	62,70	167,00	22,48	65,70	0,40	IMC Adequado	76,00	< Percentil 90
21	22,80	120,00	15,83	60,70	0,27	IMC Adequado	56,00	< Percentil 90
22	32,00	140,00	16,33	36,50	-0,35	IMC Adequado	60,00	< Percentil 90
23	42,90	156,90	17,43	30,70	-0,50	IMC Adequado	67,00	< Percentil 90

Tabela 3 - Dados antropométricos de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	PESO (kg)	ALTURA (cm)	IMC (kg/m ²)	PERCENTIL IMC	IMC ZSCORE	Estado Nutricional	CA (cm)	Adequação CA
24	54,3	169,7	18,86	48,90	-0,03	IMC Adequado	69	< Percentil 90
25	53,10	154,6	22,22	92,20	1,42	Sobrepeso	76,60	< Percentil 90
26	49,60	151,8	21,52	59,60	0,24	IMC Adequado	76,50	< Percentil 90
27	54,20	157,00	21,99	59,60	0,21	IMC Adequado	74,00	< Percentil 90
28	54,80	158,00	21,95	61,10	0,28	IMC Adequado	80,00	≥ Percentil 90
29	93,60	178	29,54	98,20	2,10	Obesidade	96,00	≥ Percentil 90
30	21,00	115,00	15,88	62,40	0,32	IMC Adequado	53,00	< Percentil 90
31	60,50	185	17,68	4,60	-1,65	IMC Adequado	75,00	< Percentil 90
32	54,90	171,5	18,67	43,70	-0,16	IMC Adequado	71,00	< Percentil 90
33	54,00	177	17,24	2,20	-2,01	Baixo IMC para idade	73,00	< Percentil 90
34	52,70	170	18,24	6,90	-1,49	IMC Adequado	71,00	< Percentil 90
35	23,70	125,3	15,10	39,20	-0,27	IMC Adequado		< Percentil 90
36	69,50	170	24,05	79,20	0,82	IMC Adequado	91,00	≥ Percentil 90
37	43,00	162,5	16,28	4,20	-1,73	IMC Adequado	66,50	< Percentil 90
38	37,00	153,8	15,64	20,80	-0,81	IMC Adequado	63,00	< Percentil 90
39	63,10	167,5	22,49	87,00	1,13	Sobrepeso	83,50	< Percentil 90
40	34,00	150	15,11	4,70	-1,67	IMC Adequado	61,50	< Percentil 90
41	35,40	149,5	15,84	6,80	-1,49	IMC Adequado	64,50	< Percentil 90
42	74,00	174	24,44	85,50	1,06	Sobrepeso	86,00	< Percentil 90
43	55,30	174	18,27	18,20	-0,91	IMC Adequado	71,50	< Percentil 90
44	28,30	130,5	16,62	50,60	0,02	IMC Adequado	57,00	< Percentil 90
45	32,10	142	15,92	39,10	-0,28	IMC Adequado	63,50	< Percentil 90
46	81,00	159	32,04	99,20	2,41	Obesidade	93,00	≥ Percentil 90

Tabela 3 - Dados antropométricos de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	PESO (kg)	ALTURA (cm)	IMC (kg/m ²)	PERCENTIL IMC	IMC ZSCORE	Estado Nutricional	CA (cm)	Adequação CA
47	28,50	133	16,11	61,40	0,29	IMC Adequado	58,50	< Percentil 90
48	26,50	141,5	13,24	1,00	-2,32	Baixo IMC para idade	55,50	< Percentil 90
49	54,50	162,3	20,69	84,20	1,00	IMC Adequado	78,50	< Percentil 90
50	74,50	176,1	24,02	78,20	0,78	IMC Adequado	73,00	< Percentil 90
51	69,90	176	22,57	61,60	0,30	IMC Adequado	76,50	< Percentil 90
52	46,80	156,7	19,06	22,30	-0,76	IMC Adequado	67,00	< Percentil 90
53	65,70	172,7	22,03	83,40	0,97	IMC Adequado	84,00	< Percentil 90
54	49,00	140	25,00	85,50	1,06	Sobrepeso	80,50	≥ Percentil 90
55	58,70	156,5	23,97	84,00	1,00	IMC Adequado	75,20	< Percentil 90
56	43,00	150	19,11	86,40	1,10	Sobrepeso	71,00	< Percentil 90
57	35,00	140	17,86	69,00	0,49	IMC Adequado	67,00	< Percentil 90
58	59,00	156	24,24	79,40	0,82	IMC Adequado	76,00	< Percentil 90
59	28,1	133,3	15,81	46,50	-0,09	IMC Adequado	59	< Percentil 90
Média ± dp	47,9 ± 16,6	153,3 ± 18,0	19,6 ± 4,3	52,1 ± 31,4	0,03 ± 1,1		70,3 ± 11,7	
Mediana	49,0	156,5	18,7	59,6	0,21		71,0	
Mínimo	18,0	111,0	13,2	0,5	-2,55		52,0	
Máximo	93,0	185,0	32,0	99,2	2,41		96,0	

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Tabela 4 - Médias dos três valores referentes ao controle de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Caso	GJ MÉDIA (mg/dL)	GPP MÉDIA (mg/dL)	HbA1c Média (%)	Δ HbA1c	FRUTO Média (mg/dL)
1	182,27	239,13	8,74	0,93	413,33
2	184,07	218,63	9,19	0,67	376,33
3	293,43	184,60	8,58	0,64	431,00
4	155,80	192,07	8,6	1,21	396,0
5	350,67	384,70	9,70	0,39	470,70
6	237,53	277,17	9,67	0,40	518,50
7	328,53	354,47	10,04	0,10	523,27
8	229,10	371,17	9,65	0,35	553,00
9	190,80	236,57	8,80	6,17	570,50
10	177,47	227,77	9,31	0,48	463,33
11	146,67	170,33	8,40	1,10	312,67
12	181,70	145,23	7,94	0,81	367,67
13	126,60	228,10	9,02	2,66	380,00
14	209,63	213,30	7,29	2,02	324,50
15	184,97	115,70	7,87	0,69	395,67
16	141,97	133,14	8,72	1,25	359,67
17	151,67	221,13	8,21	1,38	424,33
18	215,67	244,33	8,20	0,70	372,33
19	210,33	252,33	9,77	0,30	285,00
20	220,67	179,00	9,47	2,20	312,00
21	166,13	104,49	8,46	0,85	351,67
22	139,00	178,67	6,70	0,90	250,67
23	217,30	240,90	7,98	1,30	311,33

Tabela 4 - Médias dos três valores referentes ao controle glicêmico de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	GJ MÉDIA (mg/dL)	GPP MÉDIA (mg/dL)	HbA1c Média (%)	Δ HbA1c	FRUTO Média (mg/dL)
24	116	248	9,7	0	444
25	237,67	198,33	9,98	1,00	305,07
26	181,5	187,13	8,95	0,93	394,9
27	166,57	208,20	8,49	2,79	383,33
28	177,67	161,67	8,94	0,50	280,33
29	127,87	165,17	7,26	2,65	309,67
30	178,33	113,67	8,07	0,60	295,67
31	156,27	168,80	7,67	0,20	387,00
32	269,63	173,33	7,92	0,40	380,00
33	196,0	329,23	8,03	2,64	383,9
34	272,97	359,07	9,65	0,95	386,00
35	126,50	278,27	9,10	0,80	405,00
36	93,20	257,70	8,19	0,00	328,00
37	125,73	270,70	8,80	0,30	445,77
38	167,00	212,5	8,20	1,50	296,00
39	180,00	158,50	6,50	0,60	311,00
40	106,30	187,17	9,23	2,21	489,00
41	197,00	390,53	9,83	0,20	586,67
42	267,63	156,13	8,09	0,97	337,50
43	149,47	131,30	8,34	0,29	410,50
44	179,17	246,90	9,63	3,37	472,67
45	211,40	148,40	8,58	0,34	386,50
46	194,53	163,00	8,90	5,60	425,33
47	246,53	174,30	7,70	1,96	398,67

Tabela 4 - Médias dos três valores referentes ao controle glicêmico de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	GJ MÉDIA (mg/dL)	GPP MÉDIA (mg/dL)	HbA1c Média (%)	Δ HbA1c	FRUTO Média (mg/dL)
48	120,87	183,86	8,06	1,26	398,67
49	197,67	209,67	8,57	0,70	329,33
50	181,17	232,17	7,42	1,11	411,00
51	350,70	304,60	9,77	0,30	544,00
52	94,97	156,87	7,81	0,63	376,67
53	167,47	160,00	8,61	1,14	407,00
54	229,00	217,00	9,20	0,00	309,00
55	122,00	167,00	7,43	0,20	296,00
56	270,00	181,00	7,95	0,50	322,85
57	241,50	194,50	8,40	1,20	359,00
58	250,60	393,70	9,83	0,20	499,82
59	214,7667	147,17	7,51	0,34	349,67
Média \pm DP	193,3 \pm 58,7	216,0 \pm 71,4	8,6 \pm 0,8	1,1 \pm 1,2	390,8 \pm 77,8
Mediana	182,3	198,3	8,6	0,8	383,3
Mínimo	93,2	104,5	6,5	0,0	250,7
Máximo	350,7	393,7	10,0	6,2	586,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Tabela 5 - Médias dos três valores referentes ao perfil lipídico de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Caso	CT (mg/dL)	ADEQ	TG (mg/dL)	ADEQ	LDL-c (mg/dL)	ADQ	HDL-c (mg/dL)	ADEQ	N HDL-c (mg/dL)	ADEQ
1	149,90	NORMAL	38,50	NORMAL	98,5	NORMAL	43,5	ALTERADO	106,5	ALTERADO
2	164,80	NORMAL	83,70	NORMAL	97,4	NORMAL	50,3	NORMAL	114,5	ALTERADO
3	136,10	NORMAL	56,70	NORMAL	72,5	NORMAL	55,8	NORMAL	80,2	NORMAL
4	156,00	NORMAL	65,70	NORMAL	84,3	NORMAL	60,5	NORMAL	95,5	NORMAL
5	185,40	ALTERADO	309,00	ALTERADO	82,6	NORMAL	41	ALTERADO	144,4	ALTERADO
6	188,10	ALTERADO	108,20	ALTERADO	106	ALTERADO	59	NORMAL	129,1	ALTERADO
7	128,90	NORMAL	102,00	ALTERADO	107,2	NORMAL	50	NORMAL	78,9	NORMAL
8	211,70	ALTERADO	70,30	NORMAL	150,1	ALTERADO	51,5	NORMAL	160,2	ALTERADO
9	198,10	ALTERADO	101,00	ALTERADO	114,6	ALTERADO	62,7	NORMAL	135,4	ALTERADO
10	161,50	NORMAL	90,30	ALTERADO	103,8	NORMAL	39,7	ALTERADO	121,9	ALTERADO
11	140,20	NORMAL	60,30	NORMAL	81,8	NORMAL	45,2	NORMAL	95	NORMAL
12	172,40	ALTERADO	61,50	NORMAL	89,6	NORMAL	70	NORMAL	102,3	ALTERADO
13	123,80	NORMAL	61,00	NORMAL	59,6	NORMAL	50,8	NORMAL	73	NORMAL
14	186,90	ALTERADO	153,00	ALTERADO	101,1	NORMAL	55,3	NORMAL	131,6	ALTERADO
15	175,90	ALTERADO	58,00	NORMAL	104,8	NORMAL	59,5	NORMAL	116,4	ALTERADO
16	196,20	ALTERADO	87,00	NORMAL	126,8	ALTERADO	52	NORMAL	144,2	ALTERADO
17	139,00	NORMAL	74,00	ALTERADO	81,8	NORMAL	42,3	ALTERADO	96,6	NORMAL
18	188,30	ALTERADO	53,00	NORMAL	109,1	NORMAL	68,7	NORMAL	119,7	ALTERADO
19	143,70	NORMAL	109,30	ALTERADO	82,1	NORMAL	44,9	ALTERADO	98,8	NORMAL
20	135,00	NORMAL	58,00	NORMAL	67,7	NORMAL	55,7	NORMAL	79,3	NORMAL
21	154,40	NORMAL	47,30	NORMAL	84,3	NORMAL	60,5	NORMAL	93,9	NORMAL
22	132,30	NORMAL	40,00	NORMAL	69,5	NORMAL	54,9	NORMAL	77,4	NORMAL
23	141,90	NORMAL	75,50	NORMAL	73,2	NORMAL	53,7	NORMAL	88,2	NORMAL
24	166,40	NORMAL	77,50	NORMAL	104,7	NORMAL	46,2	NORMAL	120,2	ALTERADO

Tabela 5 - Médias dos três valores referentes ao perfil lipídico de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	CT (mg/dL)	ADEQ	TG (mg/dL)	ADEQ	LDL-c (mg/dL)	ADQ	HDL-c (mg/dL)	ADEQ	N HDL-c (mg/dL)	ADEQ
25	192,70	ALTERADO	62,00	NORMAL	120,7	ALTERADO	59,7	NORMAL	133	ALTERADO
26	162,90	NORMAL	64,00	NORMAL	96,1	NORMAL	54	NORMAL	108,9	ALTERADO
27	152,40	NORMAL	48,00	NORMAL	77,8	NORMAL	65	NORMAL	87,4	NORMAL
28	159,70	NORMAL	70,70	NORMAL	107	NORMAL	37	ALTERADO	122,7	ALTERADO
29	161,30	NORMAL	85,30	NORMAL	91,5	NORMAL	56	NORMAL	105,3	ALTERADO
30	160,30	NORMAL	47,70	NORMAL	94,3	NORMAL	56,3	NORMAL	104	ALTERADO
31	153,50	NORMAL	56,70	NORMAL	91,8	NORMAL	50,3	NORMAL	103,2	ALTERADO
32	172,00	ALTERADO	73,70	NORMAL	107,3	NORMAL	50	NORMAL	122	ALTERADO
33	139,80	NORMAL	81,30	NORMAL	82,8	NORMAL	40,7	ALTERADO	99,1	NORMAL
34	140,70	NORMAL	48,00	NORMAL	82,1	NORMAL	49	NORMAL	91,7	NORMAL
35	158,20	NORMAL	36,00	NORMAL	81,4	NORMAL	69,5	NORMAL	88,7	NORMAL
36	171,90	ALTERADO	119,00	ALTERADO	84,1	NORMAL	64	NORMAL	107,9	ALTERADO
37	149,80	NORMAL	60,70	NORMAL	94,4	NORMAL	41	ALTERADO	108,8	ALTERADO
38	140,50	NORMAL	54,00	NORMAL	75,5	NORMAL	51,7	NORMAL	88,8	NORMAL
39	112,00	NORMAL	68,50	NORMAL	58	NORMAL	41	ALTERADO	71	NORMAL
40	159,10	NORMAL	42,50	NORMAL	98,5	NORMAL	51,5	NORMAL	107,6	ALTERADO
41	189,30	ALTERADO	44,70	NORMAL	91,8	NORMAL	70,1	NORMAL	119,2	ALTERADO
42	150,70	NORMAL	63,30	NORMAL	75,4	NORMAL	62,3	NORMAL	88,4	NORMAL
43	146,90	NORMAL	77,00	NORMAL	87,3	NORMAL	47	NORMAL	99,9	NORMAL
44	165,70	NORMAL	83,00	NORMAL	102,2	NORMAL	46,7	NORMAL	119	ALTERADO
45	151,10	NORMAL	59,50	NORMAL	72,4	NORMAL	66,9	NORMAL	84,2	NORMAL
46	171,30	ALTERADO	72,70	NORMAL	105,6	NORMAL	51,3	NORMAL	120	ALTERADO
47	162,10	NORMAL	65,50	NORMAL	90,1	NORMAL	54,5	NORMAL	107,7	ALTERADO

Tabela 6 - Dados referentes à Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não- Organizacional, Religiosidade Intrínseca e *coping* religioso-espiritual positivo, negativo, negativo invertido, razão CREN/CREP e total dos cuidadores de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Caso	RO	RNO	RI	CREP	CREN	CRENinv	CREN/CREP	CRE Total
1	2	5	15	2,88	2,20	3,73	,40	3,31
2	5	5	13	3,41	1,27	4,67	,60	4,04
3	2	6	13	3,00	2,07	3,87	,58	3,43
4	5	6	11	3,35	1,33	4,60	,68	3,98
5	6	5	15	4,41	2,67	3,27	,59	3,84
6	4	4	13	3,59	2,07	3,87	,40	3,73
7	4	5	14	3,44	2,33	3,53	,60	3,49
8	6	6	15	4,38	2,60	3,33	,41	3,86
9	6	6	13	2,97	1,20	4,73	,32	3,85
10	2	4	14	3,56	2,13	3,80	,43	3,68
11	5	2	15	2,91	1,20	4,73	,53	3,82
12	5	6	15	3,56	1,13	4,80	,42	4,18
13	2	5	14	3,74	1,60	4,33	,59	4,03
14	4	4	14	4,41	2,33	3,53	1,05	3,97
15	2	5	15	3,18	1,33	4,60	,58	3,89
16	5	5	15	4,26	2,53	3,40	,46	3,83
17	5	4	9	2,41	2,53	3,40	1,02	2,91
18	2	5	12	2,76	1,60	4,33	,47	3,55
19	6	6	15	4,47	2,07	3,87	,66	4,17
20	4	6	15	3,68	3,73	2,00	,48	2,84
21	5	5	12	2,97	1,40	4,53	,45	3,75

Tabela 6 - Dados referentes à Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não- Organizacional, Religiosidade Intrínseca e *coping* religioso-espiritual positivo, negativo, negativo invertido, razão CREN/CREP e total de cuidadores de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	RO	RNO	RI	CREP	CREN	CRENinv	CREN/CREP	CRE Total
22	5	3	15	2,62	1,73	4,20	,37	3,41
23	2	4	12	3,18	1,53	4,40	,37	3,79
24	6	5	15	3,38	1,53	4,40	,60	3,89
25	4	5	15	3,74	1,40	4,53	,41	4,13
26	5	6	15	3,74	1,40	4,53	,87	4,13
27	4	5	15	2,21	1,33	4,60	,29	3,40
28	4	5	15	4,03	1,67	4,27	,41	4,15
29	6	3	15	3,29	2,87	2,87	,35	3,08
30	5	6	13	3,85	1,13	4,80	,65	4,33
31	5	6	15	3,88	1,60	4,33	,42	4,11
32	2	6	12	2,68	0,93	5,00	,57	3,84
33	2	5	14	2,85	1,87	4,07	,57	3,46
34	5	5	14	2,71	1,13	4,80	,50	3,75
35	5	5	14	3,76	2,13	3,80	,54	3,78
36	6	6	15	3,88	2,20	3,53	,40	3,71
37	2	5	14	3,21	1,60	4,33	,57	3,77
38	2	6	15	2,97	1,60	4,33	,82	3,65
39	4	5	14	3,18	1,27	4,67	,34	3,92
40	2	4	15	2,94	1,67	4,00	,60	3,47
41	4	3	13	3,41	2,80	3,00	,55	3,21
42	6	5	15	2,74	0,93	5,00	,44	3,87
43	4	6	15	3,79	2,27	3,67	,49	3,73
44	2	5	7	2,65	1,47	4,47	1,00	3,56
45	2	5	14	3,03	1,33	4,53	,70	3,78

Tabela 6 - Dados referentes à Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não- Organizacional, Religiosidade Intrínseca e *coping* religioso-espiritual positivo, negativo, negativo invertido, razão CREN/CREP e total de cuidadores de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	RO	RNO	RI	CREP	CREN	CRENinv	CREN/CREP	CRE Total
46	5	5	14	3,24	1,60	4,33	,39	3,78
47	2	3	11	1,94	1,93	4,00	,38	2,97
48	2	6	12	3,71	2,60	3,33	,41	3,52
49	6	6	15	4,32	1,67	4,20	,30	4,26
50	2	5	13	2,79	1,07	4,87	,74	3,83
51	5	3	14	3,56	1,47	4,33	,44	3,95
52	5	5	15	3,29	1,00	4,93	,39	4,11
53	2	2	13	3,71	2,73	3,13	,46	3,42
54	6	5	15	3,32	1,47	4,47	,65	3,90
55	6	6	15	3,91	1,53	4,40	,48	4,16
56	4	4	14	3,65	1,67	4,20	,67	3,92
57	2	2	15	2,68	1,73	4,13	,40	3,40
58	5	1	13	3,18	1,53	4,40	,60	3,79
59	4	1	9	2,47	1,67	4,27	,58	3,37
Média ± DP	4,0 ± 1,3	4,7 ± 1,0	13,7 ± 1,2	3,3 ± 0,5	1,8 ± 0,5	4,1 ± 0,6	0,5 ± 0,2	3,7 ± 0,2
Mediana	4,0	5,0	14	3,3	1,6	4,3	0,5	3,8
Mínimo	2,0	5,0	7	1,9	0,9	2,0	0,3	2,8
Máximo	6,0	6,0	15	4,5	3,7	5,0	1,05	4,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Tabela 7 - Dados referentes aos fatores positivos e negativos de *coping* religioso-espiritual dos cuidadores de criança e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017

Caso	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	N1	N2	N3	N4
1	3,00	2,20	3,20	4,20	2,50	2,33	1,00	1,60	3,00	2,75	2,00
2	3,11	3,20	2,60	4,60	3,75	2,67	3,33	1,00	2,33	1,00	1,33
3	3,67	1,80	1,60	5,00	1,50	3,00	2,67	1,00	3,67	2,25	2,33
4	3,22	3,00	4,00	4,40	3,00	3,67	1,67	1,40	1,00	2,00	1,00
5	4,22	4,20	4,40	4,20	4,75	3,33	5,00	2,60	2,67	1,75	4,33
6	3,78	3,40	3,40	4,60	3,75	2,00	3,33	1,60	2,67	1,25	3,67
7	3,56	3,80	3,00	4,20	3,50	3,00	1,67	1,60	2,67	2,75	3,33
8	4,33	4,40	3,80	5,00	4,50	3,67	4,33	1,40	4,67	2,00	3,67
9	2,33	3,60	2,60	4,40	3,50	2,33	1,67	1,40	1,67	1,00	1,00
10	3,89	2,40	2,80	4,80	3,50	3,00	3,67	2,60	2,33	2,00	1,67
11	3,33	1,60	2,60	5,00	2,50	1,33	3,00	1,20	2,00	1,00	1,00
12	4,00	2,40	3,80	5,00	3,50	2,33	1,33	1,00	1,00	1,75	1,00
13	3,89	3,60	3,80	4,80	3,00	3,67	1,33	1,40	2,33	1,00	2,33
14	4,11	4,60	4,60	5,00	4,75	3,33	3,00	2,40	2,33	2,00	3,33
15	3,67	1,40	3,00	5,00	2,00	3,00	2,33	1,00	3,00	1,00	1,00
16	4,89	4,20	4,60	4,80	2,75	3,67	2,33	1,00	5,00	1,75	4,00
17	2,22	1,40	2,20	3,40	2,00	2,67	3,00	1,40	3,00	2,75	4,00
18	3,11	2,00	2,20	4,00	2,25	2,67	1,67	1,60	2,33	1,00	2,00
19	4,67	4,60	4,20	5,00	5,00	2,33	4,67	1,20	3,67	1,50	3,00
20	4,56	2,80	3,20	3,80	3,25	4,33	3,33	3,20	3,67	4,50	4,67
21	3,22	2,40	2,40	4,40	2,50	2,33	2,33	1,60	1,33	1,00	2,00

Tabela 7 - Dados referentes aos fatores positivos e negativos de *coping* religioso-espiritual dos cuidadores de criança e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	N1	N2	N3	N4
22	2,33	2,40	2,60	3,80	3,25	2,00	1,33	1,00	3,33	1,75	1,67
23	3,11	2,20	3,40	4,20	2,75	2,67	3,33	1,00	1,33	1,50	3,00
24	3,22	2,00	3,80	4,80	3,50	3,33	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00
25	3,78	2,40	4,00	5,00	3,75	3,33	3,00	1,00	2,00	1,75	1,33
26	3,44	2,60	4,20	5,00	4,25	3,33	2,00	1,60	2,33	1,00	1,00
27	2,33	1,20	1,80	4,40	1,75	1,33	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00
28	3,78	4,40	3,60	5,00	4,00	2,67	3,67	1,60	2,00	1,50	2,00
29	4,33	2,40	3,40	3,80	1,75	2,67	2,67	3,00	4,00	2,75	3,00
30	3,78	2,60	4,00	5,00	4,25	2,33	3,67	1,00	2,00	1,00	1,00
31	3,89	2,40	5,00	5,00	3,75	3,00	2,67	1,60	2,67	1,25	1,33
32	2,67	1,00	3,60	4,80	3,00	1,00	1,67	1,00	1,00	1,00	1,00
33	3,67	2,60	1,60	3,60	2,25	2,00	2,33	1,40	1,67	2,00	3,00
34	2,56	2,20	2,00	4,60	2,25	2,33	2,33	1,00	1,00	1,25	1,67
35	3,44	4,40	3,60	4,80	3,25	2,33	3,33	1,20	3,33	1,25	4,00
36	4,00	4,00	4,00	3,20	4,00	3,00	4,00	2,20	4,00	1,75	2,33
37	3,78	1,00	2,80	4,80	2,50	2,33	3,67	1,00	2,67	1,50	2,00
38	3,22	1,80	3,00	4,60	2,25	3,00	1,33	1,00	2,67	2,25	1,00
39	3,33	2,00	2,40	5,00	3,00	3,33	2,00	1,00	1,33	2,00	1,00
40	3,00	2,40	1,80	4,60	3,00	3,33	1,00	2,20	3,00	1,00	2,00
41	3,67	3,60	3,40	3,80	3,25	2,67	2,00	3,00	3,00	2,50	3,67
42	2,33	1,40	3,20	4,60	4,00	1,33	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
43	3,22	4,60	3,60	4,80	3,75	3,00	2,67	1,20	4,67	1,75	2,67
44	1,89	2,00	3,00	5,00	2,00	2,67	1,00	1,40	1,67	1,00	2,33

Tabela 7 - Dados referentes aos fatores positivos e negativos de *coping* religioso-espiritual dos cuidadores de criança e adolescentes pacientes do ambulatório de Diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2017 (continuação)

Caso	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	N1	N2	N3	N4
45	3,22	3,00	1,60	5,00	2,75	3,00	1,00	1,60	1,00	1,00	2,33
46	3,22	3,60	2,80	4,00	3,50	2,33	1,67	1,00	3,33	1,25	1,67
47	1,56	1,20	2,20	2,60	1,50	3,00	1,00	1,20	3,00	1,75	2,67
48	3,44	4,20	3,60	4,80	2,50	2,67	4,00	2,00	4,33	2,00	3,00
49	3,78	4,40	4,40	5,00	5,00	2,67	4,00	1,20	2,67	1,50	2,33
50	2,56	2,40	2,80	5,00	2,25	1,67	2,33	1,00	1,00	1,00	1,67
51	3,44	2,80	2,80	5,00	4,75	2,33	3,67	1,40	1,33	2,50	1,33
52	3,22	2,40	4,00	5,00	3,25	2,00	1,33	1,00	1,00	1,00	1,33
53	4,44	2,20	3,40	5,00	4,00	4,33	2,00	2,40	2,67	3,25	3,33
54	2,89	2,20	3,40	4,40	4,00	3,00	3,00	1,00	3,67	1,00	1,00
55	3,44	4,60	3,20	5,00	3,00	3,67	3,67	1,20	2,33	1,00	2,33
56	3,89	3,80	3,20	4,20	3,25	3,00	2,67	1,00	2,00	1,50	3,00
57	3,11	1,00	3,80	4,20	1,75	1,33	1,33	1,80	1,67	1,75	2,33
58	2,89	3,80	3,20	4,00	3,00	2,00	2,33	1,00	2,00	1,25	2,67
59	2,11	2,00	3,00	2,60	2,50	3,00	1,33	1,80	1,33	1,75	2,00
Média ± DP	3,4 ± 0,5	2,8 ± 0,9	3,2 ± 0,6	4,5 ± 0,5	3,2 ± 0,7	2,7 ± 0,5	2,5 ± 0,9	1,5 ± 0,4	1,5 ± 0,8	1,6 ± 0,5	1,2 ± 0,8
Mediana	3,4	2,4	3,2	4,8	3,2	2,7	2,3	1,2	2,3	1,5	2,0
Mínimo	1,6	1,0	1,6	2,6	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	4,9	4,6	5,0	5,0	5,0	4,3	5,0	3,2	5,0	4,5	4,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: P1: transformação de si e/ou sua vida; P2: busca de ajuda espiritual; P3: oferta de ajuda ao outro; P4: posição positiva frente a Deus; P5: busca do outro institucional; P6: afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade; P7: busca pessoal de conhecimento espiritual; N1: reavaliação negativa de Deus; N2: posição negativa frente a Deus; N3: Insatisfação com o outro institucional; N4: reavaliação negativa do significado

Tabela 8 - Dados referentes aos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, bem como a severidade destes sintomas nos cuidadores de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017

Caso	Depressão	Stress	Ansiedade	Severidade da Depressão	Severidade do Stress	Severidade da Ansiedade
1	7	10	12	14	20	24
2	2	7	4	4	14	8
3	4	8	10	8	16	20
4	0	11	2	0	22	4
5	7	7	12	14	14	24
6	16	19	38	32	38	76
7	9	9	12	18	18	24
8	4	14	24	8	28	48
9	4	7	4	8	14	8
10	6	6	16	12	12	32
11	3	2	0	6	4	0
12	0	5	6	0	10	12
13	3	9	4	6	18	8
14	2	6	8	4	12	16
15	1	4	0	2	8	0
16	11	17	30	22	34	60
17	6	9	8	12	18	16
18	0	8	10	0	16	20
19	3	5	2	6	10	4
20	14	17	36	28	34	72
21	8	12	6	16	24	12
22	11	11	18	22	22	36

Tabela 8 - Dados referentes aos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, bem como a severidade destes sintomas nos cuidadores de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017 (continuação)

Caso	Depressão	Stress	Ansiedade	Severidade da Depressão	Severidade do Stress	Severidade da Ansiedade
23	1	0	2	2	0	4
24	0	2	2	0	4	4
25	0	3	2	0	6	4
26	2	3	0	4	6	0
27	3	1	2	6	2	4
28	1	4	0	2	8	0
29	13	15	12	26	30	24
30	3	16	8	6	32	16
31	0	7	0	0	14	0
32	1	1	0	2	2	0
33	18	12	20	36	24	40
34	2	2	2	4	4	4
35	15	15	20	30	30	40
36	3	3	6	6	6	12
37	10	20	32	20	40	64
38	1	6	6	2	12	12
39	12	19	40	24	38	80
40	0	2	0	0	4	0
41	19	21	30	38	42	60
42	6	8	4	12	16	8
43	9	7	8	18	14	16
44	0	5	6	0	10	12
45	4	1	6	8	2	12

Tabela 8 - Dados referentes aos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, bem como a severidade destes sintomas nos cuidadores de crianças e adolescentes pacientes do ambulatório de diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2017 (continuação)

Caso	Depressão	Stress	Ansiedade	Severidade da Depressão	Severidade do Stress	Severidade da Ansiedade
46	2	8	12	4	16	24
47	5	14	18	10	28	36
48	19	6	22	38	12	44
49	0	7	0	0	14	0
50	0	4	0	0	8	0
51	12	7	32	24	14	64
52	0	0	0	0	0	0
53	17	21	32	34	42	64
54	0	3	2	0	6	4
55	11	11	12	22	22	24
56	0	2	0	0	4	0
57	5	7	16	10	14	32
58	0	6	4	0	12	8
59	8	8	10	16	16	20
Média ± DP	5,5 ± 5,6	8,1 ± 5,6	10,7 ± 11,2	10,9 ± 11,3	16,3 ± 11,3	21,3 ± 22,3
Mediana	3	7	6	6	14	12
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	19	21	40	38	42	80
Severidade				Depressão	Stress	Ansiedade
Normal a leve				0 a 13	0 a 9	0 a 18
Moderada				14 a 20	10 a 14	19 a 25
Grave				≥21	≥15	≥26

Fonte: Elaborado pela autora, 2019