

Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

IZABELLE MARA RODRIGUES MESQUITA

AVALIAÇÃO DO PERFIL E DA RELEVÂNCIA DA RELIGIOSIDADE E  
ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE METABÓLICO EM  
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Uberaba  
2018

IZABELLE MARA RODRIGUES MESQUITA

AVALIAÇÃO DO PERFIL E DA RELEVÂNCIA DA RELIGIOSIDADE E  
ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE METABÓLICO EM  
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e Idoso.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria de Fátima

Uberaba

2018

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

M544a Mesquita, Izabelle Mara Rodrigues  
Avaliação do perfil e da relevância da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento e controle metabólico em pacientes com Diabetes Mellitus 2/ Izabelle Mara Rodrigues Mesquita.  
-- 2018.  
174 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018  
Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Borges

1. Diabetes mellitus tipo 2. 2. Espiritualidade. 3. Ansiedade. 4. Depressão. I. Borges, Maria de Fátima. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.379-008.64

IZABELLE MARA RODRIGUES MESQUITA

AVALIAÇÃO DO PERFIL E DA RELEVÂNCIA DA RELIGIOSIDADE E  
ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE METABÓLICO EM  
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. e do Adulto e Idoso.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria de Fátima Borges – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

---

Prof. Dr. Gabriel Antônio Nogueira Nascentes  
Instituto Federal do Triângulo Mineiro- IFTM

Dedico aos meus pais, Maria Aparecida e Fernando e aos meus irmãos, Gustavo e Gabrielle, que sempre me apoiaram.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por me guiar, iluminar e me dar forças para seguir em frente com os meus objetivos e não desistir perante cada dificuldade.

Aos meus pais que me motivaram todos os dias, pelas orações, por todos os conselhos e que mesmo pela distância, cada mensagem, ligação, foram importantes para mim. Obrigada pelo amor incondicional!

Aos meus irmãos, Gustavo e Gabrielle, pelo incentivo, pelo apoio e a mais repetida frase dos últimos dias “Vai dar tudo certo irmã!”

Ao Jefferson pelo carinho, apoio, compreensão, companheirismo e paciência. Por estar sempre ao meu lado, me auxiliando em todos os momentos.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Borges, por orientar e compartilhar seus conhecimentos, pelo apoio, paciência nos momentos em que tive dificuldades e por cada palavra de incentivo. Muito obrigada!

À Adriana pelos ensinamentos, incentivo, amizade e dedicação. Você que esteve ao meu lado junto nessa caminhada e não mediu esforços para me auxiliar em cada detalhe.

À Ana Claudia, pela amizade, carinho, pelo companheirismo, cada palavra amiga, por estar presente nessa caminhada. Obrigada pela ajuda nas etapas da construção desse trabalho.

À Janaíne, pela companhia até a faculdade, por cada risada, por fazer cada momento da sala de endócrino se tornar mais divertido e alegre.

À Alzira e Élide pelo incentivo e apoio.

Aos amigos, pelos momentos de alegria e distração.

Aos professores do programa PPGAS, pelo conhecimento compartilhado.

À equipe da disciplina de endocrinologia pela paciência e apoio.

À todas as pessoas que contribuíram, de alguma forma, para o meu crescimento pessoal e profissional, meu muito obrigada!

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

(Cora Coralina)



## RESUMO

MESQUITA, Izabelle Mara Rodrigues. **AVALIAÇÃO DO PERFIL E DA RELEVÂNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE METABÓLICO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. 2018.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) = Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2018.

**INTRODUÇÃO:** A Religiosidade e a espiritualidade (R/E) são importantes para os pacientes com DM2, pois auxilia na adesão ao tratamento, diminuição da mortalidade e morbidade dos pacientes com DM. Com o impacto do diagnóstico de diabetes, ou pela progressão da doença, existem pessoas que iniciam alguns sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Assim, a utilização de práticas religiosas e crenças, auxiliam a lidar com situações estressantes levando ao enfrentamento da doença. **OBJETIVO:** Realizou-se o presente trabalho com o objetivo de identificar o perfil e a relevância da R/E em pacientes adultos, com DM2, e sua utilização no enfrentamento e controle metabólico. **MÉTODOS:** Estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no ambulatório de Diabetes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob responsabilidade da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia. Os instrumentos utilizados foram a ficha de identificação; ficha de exames laboratoriais, referentes ao controle metabólico; questionário de classificação socioeconômica; Índice de Religiosidade da Universidade de DUKE (Durel); Escala de *Coping* Religioso/Espiritual- Abreviada (CRE- breve) e Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão (DASS-21). A análise dos dados foi realizada pelo software SPSS, versão 21.0. Foram realizadas as análises estatísticas descritivas e as variáveis categóricas foram avaliadas pelo Teste Qui-quadrado. 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 correlação das variáveis, foi empregado o Teste de Correlação de *Pearson*. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) ou entre 5 e 6% (borderline-  $0,05 < p < 0,06$ ). **RESULTADOS:** Foram avaliados 124 pacientes com DM2, com idade média de 61 a 83 anos, havendo predomínio do sexo feminino 70,20% (n=87), com

tempo de diagnóstico  $\geq 10$  anos em 54% (n=67). Ao mensurar a R/E, observou-se que os pacientes apresentaram elevados índices de religiosidade organizacional (RO) ( $4,31 \pm 1,43$ ), religiosidade não organizacional (RNO) ( $4,68 \pm 1,22$ ), bem como religiosidade intrínseca (RI) ( $13,90 \pm 1,94$ ). A utilização do CRE total (CRET) ( $3,67 \pm 0,36$ ), CRE positivo (CREP) ( $3,54 \pm 0,55$ ) foi elevada e os escores de utilização de CRE negativo (CREN) foram baixos ( $2,20 \pm 0,71$ ). Ao se avaliar as médias de controle glicêmico, a maioria dos pacientes se encontrava com perfil glicêmico inadequado e, em relação às médias de controle lipídico, os pacientes se encontravam dentro dos padrões adequados, segundo metas de tratamento. Os escores de depressão foram classificados como depressão grave em 50,8% dos pacientes com DM2. Os sintomas de ansiedade, classificados como grave, estavam presentes em 44,4% dos diabéticos e o estresse classificados como grave em 61,3% desses indivíduos. Verificou-se associação positiva de RO nas concentrações de triglicérides, enquanto que a RNO apresentou associação positiva nas concentrações de HDL-c. No entanto, a RI mais do que R/E auxilia no controle glicêmico de prazos intermediários e a variável frutamina é mais sensível em detectar associação com escores de RI. No que se refere ao grupo CREP alto-altíssimo, apresentaram-se médias de HDL-c significativamente maiores. Em relação a depressão, estresse e ansiedade, percebeu-se que a variabilidade glicêmica ( $\Delta\text{HbA1c}$ ), a longo prazo, pode acentuar esses sintomas. **CONCLUSÃO:** Observou-se a relevância da R/E e o seu importante papel no enfrentamento do DM2. Verificou-se que os participantes possuem alta R/E e que essa R/E foi utilizada de forma positiva pelos indivíduos, na busca de apoio para lidar com a doença, reforçando o papel do CRE positivo.

**Descritores:** Diabetes; Espiritualidade; Ansiedade; Depressão.

## ABSTRACT

MESQUITA, Izabelle Mara Rodrigues. **EVALUATION OF THE PROFILE AND RELEVANCE OF RELIGIOSITY AND SPIRITUALITY IN DEALING WITH THE METABOLIC CONTROL OF PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2. 2018.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) = Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2018.

**INTRODUCTION:** Religiosity and spirituality (R/E) are important for the the patient with D2, since they help in their adhesion to treatment, diminishing the mortality and morbidity of patients with the disease. Confronting the impact of a diabetes diagnostic and throughout the progression of the disease, some people start feeling depression, anxiety and stress symptoms. Therefore, the use of religious practices and beliefs helps them to deal with stressful situations and with the disease itself.

**OBJECTIVE:** The objective of this work was identifying the profile and relevance of R/S in adult patients with D2, and how they use these tools to deal with the disease and for metabolic control. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study, developed in the Diabetes Outpatient Clinic of the Teaching Hospital of the Federal University of the Triângulo Mineiro (UFTM), under the responsibility of the Endocrinology and Metabolism Discipline. The instruments used were: Identification form; Lab exams form, regarding metabolic control; Socioeconomic Classification Questionnaire; Duke's University Religiosity Index (Durel); the Brief Spiritual/Religious Coping Scale (Brief-SRCOPE Scale) and the Stress, Anxiety and Depression Scale (DASS-21). Data analysis was conducted through the software SPSS, version 21.0. Descriptive and statistical analysis were conducted, and the categorical variables were evaluated by the Chi-square test. Student's T-test was used for independent or ANOVA groups, followed by the Tukey test of multiple comparisons for 2 or more independent groups. Person's correlation test was used to check the correlation of variables. The level of significance for all tests was 5% ( $p \leq 0,05$ ) or from 5 to 6% (borderline  $-0.05 < p < 0.06$ ). **RESULTS:** 124 patients with D2 were evaluated, with an average age of 61.83 years, most of them females 70.20% (n=87), who had been diagnosed for more than 10 years (54%; n=67). After R/S measurements, high levels of organizational religion, ( $4.31 \pm 1.43$ )

non-organizational religion ( $4.68 \pm 1.22$ ), and intrinsic religion ( $13.90 \pm 1.94$ ) were found among participants. The total use of SRCOPE ( $3.67 \pm 0.36$ ) and positive SRCOPE ( $3.54 \pm 0.55$ ) was high, but the use of negative SRCOPE ( $2.20 \pm 0.71$ ) was low. Most patients found themselves with an inadequate glycemic profile. When it comes to the means of lipidic control, patients were appropriately achieving treatment objectives. Depression scores were severe for 50.8% of D2 patients. The symptoms of anxiety classified severe were present in 44.4% of diabetics, and stress was classified as severe in 61.3 % of them. There was a positive association between organizational religiosity and trygliceride concentrations, while non-organization religiosity presented positive associations to HDL-c concentrations. Intrinsic religiosity, however, helps more than R/S in medium-term glycemic control, and the fructosamine variable was more sensitive in the detection of associations to positive intrinsic religiosity scores. When it comes to the group with a high or very high SRCOPE, the mean results of HDL-c were significantly higher. Regarding depression, anxiety and stress, it was found that long-term  $\Delta\text{HbA1c}$  can worsen the symptoms. **CONCLUSION:** The relevance of R/S and its relevance for treating D2 was observed. Participants with high R/S were found to use it positively, as supports for dealing with the disease, thus reinforcing the role of positive SRCOPE.

**Descriptors: Diabetes; Spirituality; Anxiety; Depression.**

## RESUMEN

MESQUITA, Izabelle Mara Rodrigues. **EVALUACIÓN DEL PERFIL Y DE LA RELEVANCIA DE LA RELIGIOSIDAD Y DE LA ESPIRITUALIDAD EN EL ENFRENTAMIENTO Y CONTROL METABOLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2018**. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) = Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2018.

**INTRODUCCIÓN:** Religiosidad y espiritualidad (R/E) son importantes para los pacientes con DM2, porque les ayuda a aceptar el tratamiento y disminuye la mortalidad y los problemas de salud de los pacientes con DM. Con el impacto del diagnóstico de diabetes o la progresión de la enfermedad, algunas personas empiezan a tener algunos síntomas de depresión, ansiedad, estrés. Así, la utilización de prácticas religiosas y creencias auxilia en el trato con situaciones estresantes, ayudando la persona a afrontar la enfermedad. **OBJETIVO:** Identificar el perfil y la relevancia de R/E en pacientes adultos con DM2 y como las utilizan en el afrontamiento de la enfermedad y en el control metabólico. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, desarrollado en el ambulatorio de Diabetes del Hospital General de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro (UFTM), bajo la responsabilidad de la Disciplina de Endocrinología y Metabolismo. Se utilizó: Formulario de identificación; Formulario de exámenes laboratoriales con respecto al control metabólico; Cuestionario de Clasificación Socioeconómica; índice de Religiosidad de la Universidad de Duke (Durel); Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-breve) y Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión (DASS-21). Se analizó a los datos en el software SPSS, versión 21.0. Análisis estadísticos y descriptivos fueron realizados, y a las variables categóricas se evaluó por la Prueba de Ji-cuadrado. La prueba T de Student fue utilizada para los grupos independientes o ANOVA, seguida de la Prueba de Tukey de comparaciones múltiples para 2 o más grupos independientes. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significancia adoptado en todos los testes fue de 5% ( $p \leq 0,05$ ) o de 5 a 6% (*borderline*  $-0.05 < p < 0.06$ ). **RESULTADOS:** se evaluó a 124 pacientes con D2, con edad media de 61.83 años. La mayoría eran mujeres 70.20% (n=87), diagnosticadas hace 10 años o más (54%; n=67). La mensuración de R/S,

mostró altos niveles de religión organizacional, ( $4,31 \pm 1,43$ ) no-organizacional ( $4,68 \pm 1,22$ ), e intrínseca ( $13,90 \pm 1,94$ ) entre los participantes. El score total ( $3,67 \pm 0,36$ ) y positivo del CRE ( $3,54 \pm 0,55$ ) fue alto, pero el negativo fue bajo ( $2,20 \pm 0,71$ ). La mayoría de los pacientes presento perfil glicémico inadecuado. Con respecto a los medios de control lipídico, estaban consiguiendo los objetivos de su tratamiento. Escores de depresión eran graves en 50.8% de los pacientes con D2. Síntomas de ansiedad, graves, estaban presentes en 44.4% de los diabéticos, y lo estrés era grave para 61.3% de ellos. La religiosidad organizacional estuve relacionada positivamente a las concentraciones de triglicéridos, mientras la no-organizacional lo fue con las concentraciones de HDL-c. La religiosidad intrínseca, con todo, ayudó más que R/E en el control glicémico de medio plazo, y la variable fructosamina fue más sensible en detectar la asociación de escores de religiosidad intrínseca. El grupo con CRE positivo alto o altísimo presentó medias de HDL-c significativamente mayores. Con respecto a la depresión, el estrés y la ansiedad, se percibió que el  $\Delta\text{HbA1c}$  a largo plazo puede amplificar esos síntomas.

**CONCLUSIÓN:** Se observó la relevancia de R/E y su importante papel en el afrontamiento del DM2. Se percibió que los participantes tienen alta R/E, y la utilizaron positivamente en la busca por apoyo para tratar la enfermedad, clarificando el papel del CRE positivo.

**Descriptores: Diabetes; Espiritualidad; Ansiedad; Depresión.**

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Variáveis

Quadro 2: Grau de instrução do chefe da família e acesso a serviços públicos

Quadro 3: Acesso a serviços públicos

Quadro 4: Cortes do critério Brasil

Quadro 5: Parâmetro de interpretação dos escores da escala CRE-Breve

Quadro 6: Classificação do grau de severidade da depressão, estresse e ansiedade:

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos (30 a 59 anos) .....	41
Tabela 2: Classificação do estado nutricional dos idosos (acima de 60 anos).....	42
Tabela 3: Valores de referência de controle glicêmico.....	44
Tabela 4: Metas de controle lipídico para maiores de 20 anos .....	44
Tabela 5: Metas de controle glicêmico .....	45
Tabela 6: Valores de referência do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos..	45
Tabela 7: Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	56
Tabela 8: Dados clínicos dos pacientes do ambulatório de diabetes, Uberaba-MG, Brasil, 2018 .....	57
Tabela 9: Resultados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico dos pacientes do ambulatório de diabetes, Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	58
Tabela 10: Valores médios de Hba1c analisadas segundo metas de controle .....	59
Tabela 11: Valores médios analisados segundo metas de controle glicêmico, Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	60
Tabela 12: Valores médios analisados valores de referência de perfil lipídico, Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	61
Tabela 13: Resultados da avaliação da religiosidade, <i>coping</i> religioso-espiritual, depressão, ansiedade e estresse em pacientes com diabetes tipo 2, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	63
Tabela 14: Percentual de severidade depressão, ansiedade e estresse em pacientes com dm2, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	64
Tabela 15: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível religiosidade organizacional, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	65
Tabela 16: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível religiosidade não-organizacional, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	66



Tabela 17: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível religiosidade intrínseca, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ..	67
Tabela 18: Valores médios de HbA1c analisados segundos níveis RO, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	68
Tabela 19: Metas de controle de HbA1c analisados segundos níveis RNO, Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	68
Tabela 20: Metas de controle de HbA1c analisadas segundo nível RI, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	69
Tabela 21: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível <i>coping</i> religioso-espiritual positivo, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	70
Tabela 22: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível <i>coping</i> religioso-espiritual negativo, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	71
Tabela 23: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível <i>coping</i> religioso-espiritual total, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	72
Tabela 24: Comparação das médias de controle metabólico e perfil lipídico segundo o nível severidade estresse, Uberaba, Brasil-MG, 2018 .....	73
Tabela 25: Comparação das médias de controle metabólico e perfil lipídico segundo nível severidade ansiedade, Uberaba, Brasil-MG, 2018 .....	75
Tabela 26: Correlações entre religiosidade, <i>coping</i> religioso-espiritual, depressão, estresse, ansiedade, variáveis sociodemográficas e tempo de diagnóstico em pacientes com diabetes tipo 2, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	76
Tabela 27: Correlações entre religiosidade e <i>coping</i> religioso-espiritual em pacientes do ambulatório de diabetes, Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	77
Tabela 28: Correlação entre IMC e nível severidade depressão, estresse e ansiedade, Uberaba-MG, Brasil, 2018. ....	78
Tabela 29: Correlações entre as médias relacionadas ao controle metabólico e perfil lipídico em pacientes com diabetes tipo 2, segundo Depressão, Estresse, Ansiedade, Uberaba-MG, 2018.....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E UNIDADES

BAI – Inventário de Ansiedade

BDI – Inventário de Depressão

BV – Do inglês, Beliefs and Values

CES-D – Do inglês, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

COLT – Colesterol Total

CREN – Coping Religioso Espiritual Negativo

CREP – Coping Religioso Espiritual Positivo

CRET - Coping Religioso Espiritual Total

DM – Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DMG – Diabetes Mellitus Gestacional

EWB - Do inglês, Existential Well-Being

Fruto – Frutosamina

GAD65 - Antidescarboxilase do ácido glutâmico

GJ – Glicemia de Jejum

GPP – Glicemia Pós-Prandial

HbA1c - Hemoglobina glicada

HDL-C - Colesterol da Lipoproteína de Alta Densidade, do inglês High-Density Lipoprotein Cholesterol

IA2 e IA2B - Antitirosina-fosfatases

IMC – Índice de Massa Corporal

LDL-c - Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade, do inglês Low-Density Lipoprotein Cholesterol

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV - Qualidade de Vida

R/E – Religiosidade e Espiritualidade

RI - Religiosidade Intrínseca

RNO - Religiosidade Não Organizacional

RO – Religiosidade Organizacional

RWB - Do inglês, Religious Well-Being

SUS – Sistema Único de Saúde

SWB – Do inglês, Spiritual Well-Being Scale

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TGL – Triglicérides

TOTG – Teste Oral de Tolerância à Glicose

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Znt - Antitransportador de zinco

$\Delta$ HbA1c - variação da hemoglobina glicada

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
1.1 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE .....	23
1.2 RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA E EXTRÍNSECA .....	25
1.2 COPING .....	26
<b>1.2.1 Tipos de <i>Coping</i></b> .....	<b>27</b>
<b>1.2.2 Coping Religioso e Espiritual (CRE)</b> .....	<b>28</b>
1.3 DIABETES.....	31
<b>1.3.1 Diabetes, Religiosidade e <i>Coping Religioso e Espiritual</i></b> .....	<b>33</b>
1.4 DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE .....	34
<b>1.4.1 Depressão, Estresse, Ansiedade e Religiosidade</b> .....	<b>34</b>
<b>1.4.2 Depressão, Estresse, Ansiedade e <i>Coping Religioso e Espiritual</i></b> .....	<b>35</b>
<b>1.4.3 Depressão, Estresse, Ansiedade e Diabetes</b> .....	<b>35</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>36</b>
<b>3 HIPÓTESE</b> .....	<b>36</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	37
<b>5 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>37</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	37
5.2 LOCAL DO ESTUDO .....	37
5.3 POPULAÇÃO .....	38

5.4 CÁLCULO AMOSTRAL E AMOSTRA.....	38
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	38
5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	38
5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	39
5.8 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	40
<b>5.8.1 Ficha de Identificação .....</b>	<b>40</b>
<b>5.8.2 Ficha de exames laboratoriais .....</b>	<b>42</b>
<b>5.8.3 Questionário de Classificação Socioeconômica .....</b>	<b>46</b>
<b>5.8.4 Índice de Religiosidade da Universidade de DUKE (DUREL): .....</b>	<b>48</b>
<b>5.8.5 Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual- Abreviada (CRE- Breve).....</b>	<b>49</b>
<b>5.8.6 Escala de estresse, ansiedade e depressão (Depression, Anxiety and Stress Scale 21 – DASS-21).....</b>	<b>52</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>54</b>
<b>7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>54</b>
<b>8 RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
<b>9 DISCUSSÃO .....</b>	<b>79</b>
9.1 Avaliação da caracterização sociodemográfica e controle metabólico.....	79
<b>9.1.1 AFILIAÇÃO RELIGIOSA .....</b>	<b>83</b>
9.2 Avaliação da R/E e <i>coping</i> religioso-espiritual.....	84
<b>9.2.1 Avaliação da R/E segundo DUREL .....</b>	<b>84</b>
<b>9.2.2 Avaliação do <i>coping</i> religioso-espiritual segundo CRE-breve .....</b>	<b>84</b>
9.3 Avaliação da depressão, estresse e ansiedade segundo a escala DASS-21 .....	86
9.4 Avaliação da relação entre R/E e controle metabólico e lipídico .....	88

9.5 Comparação das médias de controle glicêmico e perfil lipídico segundo a Escala Cre-breve .....	91
9.6 Comparação das médias de controle glicêmico e perfil lipídico segundo escala DASS-21 .....	92
9.7 Correlação entre Escala Durel, Cre-breve e DASS-21 .....	94
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>98</b>
<b>11 CONCLUSÃO .....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE A: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE C: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE D: FICHA DE EXAMES LABORATORIAIS .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA.....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO B: ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERIDADE DE DUKE (DUREL).....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO C: ESCALA COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL (CRE-BREVE).....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO D: ESCALA CRE-BREVE- INTERPRETAÇÃO DOS ESCORES .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO E: ESCALA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO (DASS-21).....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO F: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO G: AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA CRE-BREVE .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO H:.....</b>	<b>138</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Durante a trajetória histórica da evolução da humanidade, sempre houve testemunhos sobre a existência de crenças em espíritos bons e espíritos maus, além de práticas ligadas a espiritualidade voltadas para o cuidado do ser humano (ROMEIRA, 1998). Vale ressaltar que a relação entre religião e saúde foi documentada nos hieróglifos, desde o tempo dos egípcios (2000-1800 a.C.), que praticavam o exorcismo de espíritos, através da imposição das mãos, usando o nome do Deus Hórus (BYNUM; PORTER, 1997; CRIVELLATO; RIBATTI, 2007; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b; PRIORESCHI, 1995).

Os filósofos gregos clássicos como Sócrates, Platão e Aristóteles (500-300 a.C.) discutiam acerca da origem da alma, das virtudes e lançavam as bases do pensamento ocidental. Os médiuns gregos já enxergavam a doença como um processo natural. Os sacerdotes hebreus utilizaram seu templo também para cuidados em saúde. Após a vinda de Jesus, seus discípulos cristãos fizeram do ato de cuidar dos doentes abandonados, como portadores de Hansen, uma das principais atividades de caridade (BYNUM; PORTER, 1997; CRIVELLATO; RIBATTI, 2007; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b; PRIORESCHI, 1995), enquanto a prisão e o suplicamento de seus seguidores disseminaram o Cristianismo pelo Império Romano. Sob o reinado de Constantino e após sua conversão, os cristãos tiveram permissão para praticar sua fé sendo, a partir de então, fundadas ordens religiosas como a dos Beneditinos, que inauguraram a “Medicina Monástica”. No período Medieval, (1000-1200 d.C.) as autoridades religiosas eram as responsáveis pelas licenças para a prática da Medicina. Entretanto, foi a partir do Renascimento que começou a surgir a fragmentação entre o corpo e o espírito com influência do pensamento de René Descartes; pensamento este, que exerceu forte influência sobre a ciência e em âmbito geral, com repercussões na prática das ciências da saúde que prevalecem até os dias de hoje (ROMEIRA, 1998).

A cisão entre a ciência e a religião, no início do período do Renascimento, persistiu até finais do século XX. A partir das últimas décadas, deste século, o conceito de espiritualidade passa a ser visto, independentemente do conceito de religiosidade, como sendo a busca para o sentido da vida humana e seus valores

sem necessidade de rituais e práticas comunitárias (BYNUM; PORTER, 1997; CRIVELLATO; RIBATTI, 2007; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b; PRIORESCHI, 1995).

Da mesma forma, a religiosidade passou a ser entendida como 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 a frequência de participação em cultos e rituais. A espiritualidade, mais ampla, configura-se como 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 foca na comunidade, orientando comportamentos e propondo rituais. A espiritualidade está centrada no indivíduo em emoções e sensações singulares (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b).

A partir dos anos 1960, foram publicados vários estudos, demonstrando a relação entre a religiosidade, a espiritualidade e a saúde, que era vista de forma negativa pela ciência. Identificaram-se evidências de 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. Nesse mesmo período, surgiu o primeiro periódico, *Journal of Religion and Health*, indexado no PubMed e dedicado ao tema (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006).

Nas próximas décadas, surgiram conceitos, como religiosidade baseada em evidência, desenvolvidos em inúmeros estudos, associando a relação entre a Religiosidade / Espiritualidade (R/E) a desfechos clínicos positivos (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Assim, em 1998, a Organização Mundial de Saúde, incluiu a “espiritualidade” em seu conceito de saúde, definindo 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”. O domínio denominado religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, posteriormente foi incluído no seu principal instrumento de avaliação de qualidade de vida (QV) o “*World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life*” (WHOQOL) (FLECK et al., 2003).



A relação R/E em saúde foi analisada em uma revisão sistemática, sendo a primeira edição com mais de 1200 estudos sobre R/E e saúde publicados no século XX: *O Handbook of Religion and Health* (KOENIG; KING; CARSON, 2001a). Tais estudos demonstraram que a R/E possui um papel significativo na vida das pessoas, atuando positivamente, no enfrentamento de doenças, como fator protetor em comportamentos e emoções negativas, reduzindo sintomas da depressão, suicídio e delinquência. A segunda edição, publicada em 2012, apresenta 2100 estudos relacionados com os das décadas anteriores, ampliando ainda mais a compreensão da R/E e sua conexão com a saúde (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

No Brasil, o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010) e autores como Moreira-Almeida et al. (2010), demonstraram o envolvimento religioso em 95% das pessoas, sendo que 83% consideram a religião como “muito importante”. Segundo Gallup Organization (2007), em um estudo nos EUA, 89% da população é afiliada a alguma religião e 57% consideram a religião como “muito importante”; Na Europa, 72,2% da população tem uma religião (WORLD VALUES SURVEY, 2004).

## 1.2 RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA E EXTRÍNSECA

Allport e Ross (1967) foram pioneiros no estudo da R/E, e apresentam os conceitos da religiosidade intrínseca e extrínseca, sugerindo a existência de um *continuum* na forma da vivência religiosa.

A religiosidade intrínseca considera a religiosidade como crença, fé e ideais religiosos especiais. A vivência espiritual se torna mais importante do que outras necessidades e desejos. A religiosidade extrínseca são comportamentos de superfície, a partir das práticas e rituais religiosos para satisfazer necessidades, relacionados ao utilitarismo e benefícios sociais como segurança, conforto, sociabilidade e status (ALLPORT; ROSS, 1967).

Os indivíduos, que utilizam a religiosidade intrínseca, têm como seu bem maior a religião, com a qual possuem um nível maior de envolvimento religioso ou motivação religiosa. As pessoas com maior religiosidade intrínseca têm a facilidade de encontrar um maior significado da vida na R/E (KOENIG; BÜSSING, 2010; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b). Já os indivíduos, que utilizam a

religiosidade extrínseca, utilizam a religião para obter interesses pessoais não religiosos (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

## 1.2 COPING

*Coping* é um verbo da língua inglesa, originário de “to cope”, sendo traduzido no Brasil como lidar, administrar, enfrentar, lutar, suportar. Na língua portuguesa brasileira, no entanto, não há somente um termo que possa definir totalmente essa palavra (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

O *coping* é um conjunto de estratégias utilizadas para adaptação a situações difíceis e que são utilizadas para minimizar situações estressantes, físicas ou emocionais que ocorrem no dia a dia (LISBOA et al., 2002).

Durante a trajetória histórica, houve 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, define *coping* como um mecanismo de defesa do ego, para lidar com problemas sexuais e agressivos, que ocorrem de forma inconsciente. Os mecanismos de defesa, posteriormente, foram classificados como questões vivenciadas no passado, elementos inadequados da realidade externa ou elementos rígidos, dessa forma, o comportamento relacionado ao *coping* foi mais flexível e orientado para o futuro. Essa teoria está sendo criticada por apresentar dificuldades teóricas de testar empiricamente sua concepção (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, o *coping* foi definido como um processo de transição entre a pessoa e o ambiente, levando em consideração a personalidade. O grupo de estudos de Lazarus e Folkman, destacou-se nessa perspectiva, gerando avanços na produção científica (LAZARUS; FOLKMAN, 1980).

Na terceira geração, os estudos são baseados em evidências e os fatores situacionais são insuficientes para justificar a variação das estratégias do *coping* utilizadas pelos indivíduos. Assim, 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).

### 1.2.1 Tipos de *Coping*

Dentre os modelos de *coping* existentes, o mais compreensível e utilizado é definido por Folkman; 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.

Folkman; Lazarus (1980), ainda dividem o *coping* em duas categorias funcionais definidas como estratégias de *coping*:

1. *coping* focalizado no problema: atua sobre a situação estressante de forma a modificá-la, ou seja, alterar o problema existente, na relação pessoa e ambiente. Se o problema for de origem externa, a ajuda prática de outras pessoas pode ser necessária. Se a origem for interna, deve ser realizada a reconstrução cognitiva, redefinindo o elemento estressante.
2. *coping* focalizado na emoção: empenho para regular o estado emocional, que está associado ao estresse ou aos elementos estressantes. Algumas estratégias são dirigidas ao nível de ações como correr, fumar um cigarro, assistir a um filme, ou então em nível somático. As estratégias são necessárias para diminuir a sensação de estresse modificando o estado emocional.

Dessa forma, o modelo de Folkman; Lazarus (1980), contempla alguns conceitos de *coping*:

- a) interação do indivíduo com o ambiente.
- b) administração da situação estressora, em vez do controle ou domínio da mesma.
- c) avaliação da situação estressante que é percebida e interpretada.

d) mobilização de esforço, em que o indivíduo utilizará os esforços comportamentais e cognitivos para reduzir ou minimizar o problema existente, entre a relação pessoa e ambiente.

As pessoas podem desenvolver formas de lidar com o estresse, que são chamadas de estilos de *coping*, os quais estão ligados a fatores disposicionais e relacionados com as características de personalidade ou efeitos do *coping*. Já as estratégias do *coping* se referem a ações comportamentais e cognitivas e estão ligadas a fatores situacionais (SCHEIER; CARVER; BRIDGES, 1994).

As estratégias de *coping* deverão ser empregadas de acordo com cada indivíduo. Os indivíduos acima de 40 anos, frequentemente se deparam com situações estressantes, como questões econômicas, de saúde, relacionamento conjugal e com os filhos. Dessa forma, as estratégias de *coping* são utilizadas contribuindo para que o indivíduo consiga minimizar ou resolver essas situações estressantes. Uma e outra categoria envolvem práticas ou comportamentos religiosos denominados de *Coping* Religioso e Espiritual (DELBONI, 1997; SAVOIA, 1999).

### 1.2.2 Coping Religioso e Espiritual (CRE)

A utilização de práticas religiosas e crenças, como auxílio para lidar com situações estressantes é chamado de *Coping* Religioso e Espiritual (CRE). O comportamento religioso auxilia na solução dos problemas e minimiza as consequências emocionais negativas (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998).

Os estilos de *coping* podem ser utilizados em maior ou menor grau dependendo da situação estressante. Há cinco estilos de *coping*: colaboração, delegação, autodireção, súplica e renúncia. Em 1988, Pargament et al. propuseram três estilos de *coping*: colaboração, delegação, autodireção. Em 1997, Pargament propõe outra abordagem religiosa, sendo o quarto estilo de *coping* a Súplica e em 2000, Wong-MacDonald e Gorsuch definem um estilo adicional a Renúncia, considerado o quinto estilo de *coping*. Os estilos são definidos a seguir:

- Estilo Colaboração: antecipa que há uma parceria entre Deus e o próprio indivíduo para resolver os problemas.

- Estilo Delegação: o indivíduo espera que Deus resolva todos os problemas, deixando toda sua responsabilidade sobre Ele.
- Estilo Autodireção: é concedida a liberdade do indivíduo por Deus, para que o mesmo possa seguir a sua vida e se torne responsável por resolver os seus problemas.
- Estilo Súplica: é a tentativa do indivíduo de influenciar a vontade de Deus através de pedidos pela intervenção divina.
- Estilo Renúncia: é escolhido renunciar sua vontade em favor de Deus.

Algumas definições do CRE não mencionam a espiritualidade, mas ela constitui uma importante forma de enfrentamento. Essas formas, podem ser estratégias adaptativas positivas (CRE positivo), relacionadas a medidas que serão benéficas ou mal adaptativas (CRE negativo), que não serão benéficas ao indivíduo, levando a consequências negativas para ele. As estratégias de CRE positivo (CREP) são constituídas pelos estilos de renúncia, colaboração, autodireção e súplica se estiver relacionada a um pedido, mas respeitando a vontade de Deus. As estratégias que compõem o CRE negativo (CREN) são delegação e súplica, quando o indivíduo pede auxílio para Deus, tentando modificar sua vontade de acordo consigo próprio (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

As estratégias adaptativas positivas (CREP) são classificadas em: reavaliação religiosa benevolente; *coping* religioso colaboração; foco religioso; ajuda através da religião; apoio espiritual; apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa; perdão religioso; conexão espiritual. As estratégias adaptativas negativas (CREN) são classificados em: reavaliação de Deus como punitivo; reavaliação demoníaca ou malévola; reavaliação dos poderes de Deus; *coping* religioso delegação; descontentamento espiritual; descontentamento religioso interpessoal; intervenção divina.

As estratégias adaptativas positivas (CREP) são definidas abaixo:

- 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).

O estudo de Pargament et al. (1998), demonstram que as estratégias adaptativas positivas são mais utilizadas do que as negativas em situações estressantes do dia a dia.

Assim, o enfrentamento religioso e espiritual, a crença em algo superior, as participações em instituições religiosas estão associadas com a melhora da qualidade de vida, podendo trazer benefícios para a saúde (STANLEY et al., 2011). A busca pela religião aumenta com o passar da idade principalmente quando esses indivíduos apresentam doença crônica, como exemplo o Diabetes Mellitus (DM) (KOENIG, 2012).

### 1.3 DIABETES

O número de diabéticos está aumentando devido ao processo de envelhecimento populacional, aumento da obesidade e o sedentarismo. Estima-se que a população mundial com diabetes seja de cerca de 387 milhões, podendo alcançar 471 milhões até 2035. No Brasil, houve uma estimativa, na faixa etária de 20 a 79 anos, chegando a 11,9 milhões de pessoas, podendo alcançar 19,2 milhões até 2035 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Sob essa denominação, encontram-se vários distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação e secreção de insulina ou em ambas. A classificação inclui quatro classes: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), outros tipos específicos de DM e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (ALBERTI; ZIMMET, 1999; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

O DM1 é caracterizado pela destruição das células  $\beta$ , levando a deficiência de insulina, subdividido em tipo 1A e 1B. O tipo 1A é considerado autoimune e ocorre cerca de 5 a 10% dos casos de DM. Envolve fatores genéticos e ambientais. Os fatores ambientais são desencadeadores para a autoimunidade em indivíduos geneticamente susceptíveis, como fatores nutricionais e infecções virais. Os marcadores de autoimunidade são os autoanticorpos anti-ilhota ou antígenos específicos da ilhota e incluem os autoanticorpos anti-insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD65), antitirosina-fosfatases (IA2 e IA2B) e antitransportador de zinco (Znt) (1A). O DM1 tipo 1B, ou idiopático, é caracterizado pela ausência de marcadores de autoimunidade contra as células  $\beta$ . Esses indivíduos podem desenvolver cetoacidose e apresentam graus variáveis de deficiência de insulina (GORUS et al., 1997; PALMER et al., 1983).

O DMG ocorre durante a gestação e é caracterizado pela resistência à insulina e diminuição nas células  $\beta$ . O DMG ocorre em 3 a 25% de todas as gestações, e vem aumentando devido a obesidade feminina (SACKS et al., 2012).

Outros tipos específicos de DM são menos comuns, sendo incluídos doença do pâncreas exócrino, defeitos genéticos da função das células  $\beta$  e na ação da insulina (ALBERTI; ZIMMET, 1999).

O DM2 é encontrado em 90 a 95% dos casos, e é caracterizado por defeitos na ação, secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores ambientais associados estão o sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. A maioria dos pacientes tem sobrepeso ou obesidade e geralmente o diagnóstico ocorre após 40 anos de idade. A maioria dos pacientes com DM2 possui síndrome metabólica, caracterizada por inúmeros fatores que implicam o risco cardiovascular (dislipidemia, obesidade abdominal, hipertensão e resistência insulínica) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Em alguns casos o diagnóstico ocorre tardiamente podendo levar a complicações macrovasculares e microvasculares. Além disso, os diabéticos apresentam elevada morbidade (perda de visão, insuficiência renal, amputação não traumática de membros inferiores, infarto agudo do miocárdio, etc.), baixa expectativa de vida e mortalidade três vezes maior em comparação ao não diabético. Essa evolução do diabetes pode ser amenizada se diagnosticada e realizado o tratamento precoce da doença e suas complicações (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

O DM2 é considerado um importante problema de saúde pública. As taxas de mortalidade por DM no Brasil a cada 100 mil habitantes correspondem 33,7% para a população geral, 27,2% nos homens e 32,9% nas mulheres (OLIVEIRA, 2006; ROGLIC et al., 2005).

O DM2 é assintomático, apresentando sintomas inespecíficos como tontura, dificuldade visual, câibras, vulvovaginite de repetição e disfunção erétil. O diagnóstico é confirmado pela glicemia de jejum, que avalia de forma rápida o estado glicêmico. O Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) é realizado quando o exame de glicemia de jejum propiciar resultados duvidosos. É administrado 75g de glicose anidra ou 82,5g de glicose monoidratada dissolvidas em água e 2 horas pós



sobrecarga, colhe-se a nova glicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

Alguns exames são realizados para monitoramento da glicemia como a hemoglobina glicada (HbA1c) e a frutossamina que avaliam os controles glicêmicos dos últimos dois a três meses e de 7 a 14 dias respectivamente. Quanto mais elevadas as concentrações desses, maior o risco para as complicações micro e macrovasculares do DM2 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

O tratamento medicamentoso é individualizado de acordo com a expectativa de vida do paciente, as comorbidades associadas, polifarmácia, capacidade de autocuidado, o risco associado a uma eventual hipoglicemia e o custo das medicações antidiabéticas. O tratamento inicial medicamentoso é feito com hipoglicemiantes orais. Mas futuramente, em alguns casos, os pacientes com DM vão requerer insulino terapia para obter o controle adequado do DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM2 é uma doença progressiva, podendo piorar o estado do indivíduo devido ao acometimento de outras doenças relacionadas ao mau controle glicêmico, como doenças visuais, neuropatia, nefropatia e doenças cardiovasculares, podendo, dessa forma, com a depreciação do estado de saúde, influenciar na QV desses pacientes (SOUSA et al., 2005).

### **1.3.1 Diabetes, Religiosidade e *Coping Religioso e Espiritual***

A R/E possui importante papel para o paciente com DM2, visto que estes constructos se mostram relacionados com a melhora da QV e do enfrentamento da doença. Assim, na última década do século XX e início do século XXI surgiram, inicialmente, estudos demonstrando a relação entre o DM e R/E (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001b).

Em estudo qualitativo, Samuel-Hodge et al. (2000) demonstraram que os participantes utilizavam, como estratégias para o enfrentamento do DM2, a leitura da Bíblia e a realização de orações. Mais recentemente, Lynch et al. (2012) evidenciaram que, em pacientes com DM, os sintomas da depressão podem ser minimizados pela incorporação de crenças e valores espirituais e a fé auxilia a melhorar os comportamentos de autocuidado e controle glicêmico. Em um outro

estudo, Namageyo-funa; Muilenburg; Wilson (2013) representaram que 9 em 12 participantes afirmam que rezar e acreditar em Deus foi o meio pelo qual lidavam com o DM.

Estudo quantitativo, utilizando instrumentos para mensuração da R/E, como de Watkins et al. (2013), em pacientes afro-americanos com DM2, sugeriu a importância da R/E que pode afetar o autocuidado relacionado ao DM. Os participantes relataram utilizar práticas religiosas, ou seja, 69,7% acreditavam na oração ou meditação, como auxílio no enfrentamento da doença.

#### 1.4 DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE

A depressão é uma síndrome psiquiátrica que afeta 322 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, a prevalência é de 11,5 milhões de pessoas, sendo considerado o país com maior prevalência de depressão da América Latina. A depressão inclui sintomas de alterações cognitivas, psicomotoras, vegetativas (sono e apetite) e de humor (irritabilidade, tristeza e apatia) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Com a transição epidemiológica, percebe-se o aumento de doenças crônicas, associadas à modernização da vida dos brasileiros, como indícios de estresse na população. A prevalência do estresse ocorre em 70% da população brasileira (INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION, 2015)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015), 264 milhões de pessoas no mundo sofrem com o transtorno de ansiedade, sendo o Brasil o país com maior prevalência de ansiedade, em torno de 18,6 milhões de pessoas. O aumento da prevalência de transtornos como depressão e ansiedade está crescendo em países em desenvolvimento, principalmente em famílias de baixa renda, que chegam a idades em que a depressão e a ansiedade são mais frequentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

##### 1.4.1 Depressão, Estresse, Ansiedade e Religiosidade

Estudo realizado por Koenig; George; Peterson (1998), verificou os efeitos da crença religiosa e a atividade de remissão da depressão em pacientes idosos, obtendo como resultados o fato de que a maior religiosidade intrínseca auxiliou a reduzir o tempo de remissão da depressão.

Em outro estudo, Al-Amer et al. (2015), constataram o impacto do diagnóstico de DM em pacientes com depressão. Os mesmos relatam que a fé os auxiliou a lidar com as fortes emoções e reações iniciais do diagnóstico.

#### **1.4.2 Depressão, Estresse, Ansiedade e *Coping* Religioso e Espiritual**

A utilização do *coping* religioso espiritual positivo está associada à redução da depressão e ansiedade, à diminuição do risco de suicídio, a melhores relações sociais e à maior qualidade de vida. Além disso, contribui para manter o equilíbrio emocional e aumentar a adesão ao tratamento (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998; WEBER; PARGAMENT, 2014).

#### **1.4.3 Depressão, Estresse, Ansiedade e Diabetes**

Com o impacto do diagnóstico de diabetes, algumas pessoas iniciam alguns sintomas de depressão, ansiedade, estresse, angústia, raiva, irritabilidade e frustrações. A negação da doença é muito comum ao diagnóstico de doenças crônicas, principalmente no DM2 (PEYROT; RUBIN, 1999). A progressão da doença e o aparecimento de complicações aumentam os níveis de estresse e ansiedade, desenvolvendo posteriormente sentimentos de desespero, desânimo e impotência (FRENZEL et al., 1988).

O paciente diabético aumenta em duas vezes a probabilidade de apresentarem sintomas de ansiedade, depressão e problemas psicológicos. Esses sintomas podem influenciar o controle glicêmico, a adesão ao tratamento e o aumento da mortalidade (EGEDE; ELLIS, 2010; POWWER, 2009).

No estudo realizado com pacientes iranianos com DM2, Jafari et al. (2014), verificaram a alta prevalência de sintomas depressivos, correspondendo a 63,5% e a prevalência de estresse com variação de 12% a 23%, considerando que o estresse

é uma questão crítica entre pacientes com DM (BENER et al., 2011; BHANDARY; RAO; SANAL, 2013; KAUR et al., 2013).

Da revisão literária, verifica-se a necessidade de valorizar os construtos supracitados e a sua relação com a saúde das pessoas com DM2. Surgem então as seguintes questões norteadoras: Qual é o perfil da R/E de pacientes com DM2? Qual é a relevância da R/E na aceitação das limitações impostas pelo DM? Existe uma relação entre os parâmetros de controle metabólico e os níveis de R/E em pacientes com DM2? Existe uma relação entre o aparecimento e o controle de complicações e níveis de R/E em pacientes com DM2?

## **2 JUSTIFICATIVA**

Alguns dados da literatura sugerem que R/E são fatores relacionados com a melhoria do controle glicêmico e auxiliam na adesão ao tratamento, diminuição da mortalidade e morbidade dos pacientes com DM (EGEDE; OSBORN, 2010; MUELLER et al., 2001; PHILLIPS et al., 2009). Entretanto, existe a necessidade de comprovação de tais sugestões em diferentes populações com DM, visto que se trata de um grupo heterogêneo de doenças que apresentam um ponto em comum que é a hiperglicemia.

Dessa forma, tornam-se necessárias pesquisas científicas específicas que verifiquem se pacientes com diferentes tipos de DM, incluindo o DM2, utilizam a R/E no enfrentamento e possível relação dos escores obtidos de R/E com o controle metabólico. O DM2 é a forma mais comum de apresentação clínica do DM e um estudo dirigido a essa população tem o intuito de preencher a lacuna na literatura, contribuindo para ampliar o conhecimento da temática e no planejamento de ações voltadas para o perfil desses pacientes.

## **3 HIPÓTESE**

Espera-se obter conhecimento acerca da utilização da R/E no enfrentamento do DM2 e sua relação com o controle metabólico. Além disso, obter respostas acerca das relações entre R/E, depressão, estresse e ansiedade em diabéticos, como outros autores têm demonstrado em outras doenças crônicas.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Identificar o perfil e a relevância da R/E em pacientes adultos com DM2 e sua utilização no enfrentamento e controle metabólico.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar o status do controle glicêmico e lipídico referido em seu conjunto como controle metabólico.
- Verificar R/E, bem como sua utilização como estratégia de enfrentamento da doença.
- Verificar os níveis de depressão, estresse e ansiedade dos pacientes com DM2.
- Correlacionar os níveis de R/E, CRE, depressão, estresse, ansiedade, variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DM2 com o controle metabólico.

## **5 MATERIAL E MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

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

### **5.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Ambulatório de Diabetes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob responsabilidade da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia.

### 5.3 POPULAÇÃO

A população foi composta por pacientes com DM2, que frequentam regularmente o ambulatório, com horário de atendimento agendado, nas quartas-feiras e quintas-feiras pela manhã.

### 5.4 CÁLCULO AMOSTRAL E AMOSTRA

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico,  $R^2 = 0,13$  e modelo de regressão linear com 3 preditores tendo como nível de significância ou erro do tipo I de  $\alpha = 0,05$  e erro tipo II de  $\beta = 0,1$ . Resultando, portanto em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando o aplicativo PASS (*Power Analysis and sample Size*), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de  $n = 99$  sujeitos. A variável de desfecho principal é o controle metabólico.

### 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os pacientes com DM2, acima de 30 anos, com diagnóstico de DM há pelo menos 5 anos, e que estão atualmente cadastrados e em seguimento regular nos ambulatórios de Diabetes sob responsabilidade da disciplina de Endocrinologia e Metabologia da UFTM.

### 5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os indivíduos com DM 2 (maiores de 30 anos), diagnosticados há menos de 5 anos, ou com diagnóstico de glicemia de jejum alterada, ou intolerância à glicose ou com diagnóstico de síndrome metabólica; indivíduos com acuidade visual muito comprometida por retinopatia diabética, que dificultaria a leitura e preenchimento dos instrumentos do estudo.

## 5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi realizada uma pré-seleção dos pacientes com DM2, segundo os critérios de inclusão e exclusão, agendados durante os meses de maio a julho de 2017, no referido ambulatório de DM. No dia do atendimento, no período diurno, os pacientes pré-selecionados foram convidados a participar da pesquisa.

A entrevista foi realizada em uma da sala do ambulatório e, após a leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela equipe treinada para a coleta de dados, foram feitos esclarecimentos de eventuais dúvidas dos usuários, que aceitaram participar, do estudo (APÊNDICE A). Foi assegurado o anonimato e passada a informação de que a participação é voluntária e que pode ser interrompida a qualquer momento. Depois, foi solicitada a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento após o Esclarecimento (APÊNDICE B), sendo uma do pesquisador e outra do usuário. Em seguida, foram distribuídos os questionários, que são autoaplicáveis, e as dúvidas foram sanadas durante o período de preenchimento do referido questionário.

O questionário foi composto pelos seguintes instrumentos:

1. Ficha de identificação (APÊNDICE C);
2. Ficha de exames laboratoriais, referentes ao controle metabólico (APÊNDICE D);
3. Questionário de Classificação Socioeconômica (ANEXO A);
4. Índice de Religiosidade da Universidade de DUKE (Durel) (ANEXO B);
5. Escala de *Coping* Religioso/Espiritual- Abreviada (CRE- breve) (ANEXO C);
6. Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão (Depression, Anxiety and Stress Scale 21 – DASS-21) (ANEXO E)

## 5.8 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

### 5.8.1 Ficha de Identificação

A ficha de identificação foi elaborada pelos autores e é subdividida em: identificação, histórico clínico do diabetes, hábitos e estilos de vida e dados antropométricos (APÊNDICE C). A identificação foi preenchida pelo participante e contém questões relacionadas aos dados pessoais como, nome, idade, data de nascimento, registro geral médico, endereço, telefone, naturalidade e procedência.

O histórico clínico é composto por questões como: tempo de DM, medicação/dose, controle durante o seguimento do DM, presença de complicações crônicas, antecedentes familiares para o DM, doenças associadas e os demais dados como queixas, anestesia, impotência, diarreia, constipação, incontinência urinária e fecal, hipotensão postural, pé diabético e mal perfurante. Tais dados foram obtidos através da consulta ao prontuário físico e eletrônico do paciente - AGHU- Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários.

A parte referente a hábitos e estilo de vida foi preenchida pelo participante e engloba questões sobre o hábito de fumar, o consumo de bebida alcoólica e a autodenominação de afiliação religiosa.

Os dados antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal, circunferência da cintura) foram realizados pela equipe treinada e descritos a seguir.

#### 5.8.1.1 *Peso*

Para a mensuração do peso, foi utilizada a balança eletrônica Líder®, com capacidade para 200 kg e precisão de 100g. A mesma foi instalada em superfície lisa para evitar oscilações. Os pacientes foram pesados vestindo roupas leves e descalços, permanecendo eretos, pés juntos no centro da balança e braços estendidos ao longo do corpo (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

#### 5.8.1.2 *Altura*



Para mensuração da altura, foi utilizado o estadiômetro vertical, Toneli® graduado até 2m e divisão em milímetros. Os pacientes foram colocados em posição vertical, eretos, braços estendidos ao lado do corpo, com pés juntos, calcanhares, escápulas e ombros encostados na parede do estadiômetro (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

### 5.8.1.3 Índice de Massa Corporal

O índice de massa corporal (IMC) foi obtido pela razão entre o peso atual em quilogramas e a estatura em metros elevada ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (WHO, 2000).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

Para classificação do estado nutricional dos adultos (30 a 59 anos) foi utilizado o critério abaixo:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos (30 a 59 anos)

IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ )	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5-24,9	Normal ou eutrófico
25-25,9	Sobrepeso ou pré- obeso
30-34,9	Obesidade grau I
35-39,9	Obesidade grau II
$\geq 40,0$	Obesidade grau III

Fonte: World Health Organization, 2000.

Para a classificação do estado nutricional dos idosos (acima de 60 anos) foi utilizado o critério abaixo:

Tabela 2: Classificação do estado nutricional dos idosos (acima de 60 anos)

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 22,0	Baixo peso
22,0-24,0	Risco de déficit
24,0-27,0	Eutrofia
> 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz, 1994.

#### 5.8.1.4 Circunferência Abdominal

A circunferência abdominal (CA) foi determinada no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca, com paciente sem blusa e auxílio de uma fita graduada em centímetros do tipo trena inextensível. Sendo considerada alterada quando for  $\geq 80$  cm para mulheres e  $\geq 94$  cm para homens (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

#### 5.8.2 Ficha de exames laboratoriais

A ficha de exames laboratoriais foi elaborada pelos autores e nela constam os seguintes exames: glicemia de jejum (GJ), glicemia pós-prandial (GPP) (de 2 horas), hemoglobina glicada (HbA1c), frutamina (FRUTO) que expressam médias de controle glicêmico e, dosagens do perfil lipídico como colesterol total (COLT), triglicérides (TGL), LDL-colesterol (LDL-c), HDL-colesterol (HDL-c), NÃO-HDL-colesterol (NÃO-HDL-c) (APÊNDICE D).

Os exames fazem parte da rotina de atendimento dos pacientes com DM, e sua solicitação é realizada a cada consulta, prevista a cada 3 - 4 meses. Os dados dos exames referentes ao controle glicêmico e lipídico (GJ, GPP, HbA1c, FRUTO, TGL, COLT, LDL-c, HDL-c e NÃO-HDL-c) foram levantados dos prontuários em três momentos, a partir de 12 meses anteriores ao início do estudo, com intervalos de 4 meses entre cada momento; esses dados foram obtidos por consulta ao aplicativo Esmeralda Visual ([esmeralda.hctm.ebserh.net/ev](http://esmeralda.hctm.ebserh.net/ev)) disponível para o Hospital de Clínicas da UFTM. Foi calculada a média entre os 3 resultados obtidos para cada exame. Também já considerada como indicativo de variabilidade glicêmica ( $\Delta$ Hb1Ac) e diferença entre o maior valor e o menor valor obtido para HbA1C (KILPATRICK;

RIGBY; ATKIN, 2008; KILPATRICK; RIGBY; ATKIN, 2009; MARCOVECCHIO et al., 2011).

#### *5.8.2.1 Avaliação laboratorial*

Os exames laboratoriais foram realizados pelo laboratório central do Hospital de Clínicas da UFTM. As amostras foram coletadas após um período de jejum de 10 a 12 horas, entre 07:00 e 09:00 da manhã. Os exames bioquímicos foram feitos empregando o sistema de automação Cobbas-c 501 da Roche-Hitachi. 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 3 (ESTRIDGE; REYNOLDS, 2011).
- Glicemia pós-prandial (GPP): determinada empregando-se o método enzimático com hexoquinase, cujos valores de referência estão representados na tabela 3 (MOURA et al., 2001).
- Frutosamina (FRUTO): determinada empregando-se o método enzimático com hexoquinase, com valores de referência estão representados na tabela 3 (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 3 (ESTRIDGE; REYNOLDS, 2011).
- CT e frações (LDL-c, NÃO-HDL-c e HDL-c) e TG: determinado empregando-se o método enzimático Calorimétrico Colesterol Esterase, cujos valores de referência estão apresentados na tabela 4 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).
- Triglicérides: determinado pelo método colorimétrico enzimático (MOURA, et al., 2008), cujos valores de referência estão representados na tabela 4 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Os exames foram analisados segundo os valores de referência:

Tabela 3: Valores de referência de controle glicêmico

<b>Controle glicêmico</b>	<b>Valores</b>
Glicemia de Jejum	<100 (mg/dL)
Pós-prandial	<160 (mg/dL)
Hemoglobina Glicada	<7%
Frutosamina	205-285 µmol/L

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017.

Tabela 4: Metas de controle lipídico para maiores de 20 anos

<b>Lípides</b>	<b>Valores (mg/dL)</b>	<b>Categoria referencial</b>
<b>Colesterol total</b>	<190	Desejável
<b>Triglicérides</b>	<150	Desejável
<b>HDL-c</b>	>40	Desejável
	< 160	Baixo
<b>NÃO-HDL-c</b>	< 130	Intermediário
	< 100	Alto
	< 80	Muito alto
	<130	Baixo
<b>LDL-c</b>	<100	Intermediário
	<70	Alto
	<50	Muito alto

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2017.

Após verificar os exames, estes foram analisados conforme as metas de controle glicêmico preconizados pela AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2017), representados na tabela 5 e de controle lipídico segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2017) representados na tabela 6.

Tabela 5: Metas de controle glicêmico

<b>Controle glicêmico</b>	<b>Valores</b>
Glicemia de Jejum	80 a 130 (mg/dL)
Pós-prandial	<180 (mg/dL)
Hemoglobina Glicada	<7%

Fonte: American Diabetes Association, 2017.

Tabela 6: Valores de referência do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos

<b>Lípides</b>	<b>Valores (mg/dL)</b>	<b>Categoria referencial</b>
<b>Colesterol total</b>	<200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
<b>Triglicérides</b>	<150	Desejável
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
<b>HDL-c</b>	≥ 500	Muito alto
	>60	Desejável
	< 40	Baixo
<b>NÃO-HDL-c</b>	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
<b>LDL-c</b>	≥190	Muito alto
	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥190	Muito alto

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

### 5.8.3 Questionário de Classificação Socioeconômica

O questionário de Classificação Socioeconômica foi baseado no critério de Classificação Econômica do Brasil, 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. Esse critério é construído a partir da posse de bens e utensílios domésticos e escolaridade do chefe da família (ANEXO A) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016).

Para a coleta dos dados do questionário de Classificação Socioeconômica foi orientado aos participantes que deveriam considerar todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento. Os bens que não estiverem em funcionamento, considerar apenas se tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos 6 meses.

O questionário é composto por questões que abordam a quantidade de:

- Automóvel: considerar apenas o de uso particular. Automóveis utilizados para uso profissional como vans, táxis não devem ser considerados.
- Empregados domésticos: empregados que trabalham de forma contínua e permanente. Somente mensalistas.
- Máquina de lavar roupa: o tanquinho não deve ser considerado, apenas máquinas automáticas e semiautomáticas.
- Banheiro: considerar todos os que contenham vaso sanitário e fazem parte do domicílio, inclusive os das suítes.
- DVD: Não considerar o DVD (Disco digital de vídeo) de automóvel. Considerar todos os dispositivos que reproduzam a mídia no DVD, incluindo microcomputadores, notebooks e videogames.
- Geladeira: com ou sem freezer acoplados.
- Freezer: independentes ou acoplados na geladeira.
- Microcomputador: considerar apenas notebooks, netbooks, computadores de mesa e laptops. Celulares e tablets não devem ser considerados.
- Lavadora de louças: considerar o equipamento com função de lavar louças.
- Micro-ondas: micro-ondas e aparelhos com funções de micro-ondas e forno elétrico.

- Motocicleta: considerar apenas o de uso particular. Motocicletas utilizadas para uso profissional como moto-táxi não devem ser consideradas;
- Máquina secadora de roupas: considerar máquinas com função secadora de roupas. Algumas máquinas com duplas funções como lavadora e secadora de roupas, devem ser consideradas no item máquina de lavar e como secadora de roupas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016).

Além disso, há questões relacionadas a água do domicílio, trecho da rua do domicílio e o grau de instrução do chefe da família (ANEXO A) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016).

Para análise do questionário foi considerado o sistema de pontos:

Quadro 1: Variáveis

	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 2: Grau de instrução do chefe da família e acesso a serviços públicos

<b>Escolaridade da pessoa de referência</b>	
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 3: Acesso a serviços públicos

<b>Serviços Públicos</b>		
	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 4: Cortes do critério Brasil

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>
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):**

Trata-se de um instrumento breve, compreensível e de fácil uso para medir a religiosidade. Foi desenvolvido por Koenig et al. (1997) e traduzido para o português por Moreira-Almeida et al. (2008) e validada por Lucchetti et al. (2012).

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* (ANEXO B) (KOENIG et al., 1997; LUCCHETTI et al., 2012).

A escala de DUKE, de 5 itens, os quais fornecem um escore final, que varia de 5 a 27, 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 (ANEXO B). Dessa forma, é necessário inverter os itens das subescalas e realizar o somatório, 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 (KOENIG et al., 1997; LUCCHETTI et al., 2012). Para a RI foi considerado escores  $\geq 10$  classificados como alta RI e  $< 9$  Baixa RI (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013). Para RO  $< 3$  Baixa e RO  $\geq 4$  Alta. Para RNO  $< 3$  Baixa e RNO  $\geq 4$  Alta (KOENIG et al., 1997; ABDELGAWAD et al., 2017).

#### **5.8.5 Escala de Coping Religioso/Espiritual- Abreviada (CRE- Breve)**

A escala CRE-Breve avalia o enfrentamento religioso e espiritual, ou seja, avalia como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse, no enfrentamento de situações de vida adversas. A CRE-breve foi baseada na escala norte-americana RCOPE elaborada por Pargament; Koenig; Perez (2000). Foi traduzida, adaptada e validada por Panzini; Bandeira (2005). A autorização para utilização da escala foi concedida por Panzini (ANEXO G).

A escala 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. As respostas são em escala tipo *Likert* de 5 pontos: (1) nem um pouco; (2) um pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) muitíssimo (ANEXO C).

Os fatores positivos abrangem estratégias que proporcionem efeito favorável ou positivo que vão desde questões “Procurei em Deus força, apoio e orientação”

até questões de aproximação com o transcendental “Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus”. Os fatores que compõem os itens do *coping* positivo são *transformação de si e/ou de sua vida (Fator P1)*; *busca de ajuda espiritual (Fator P2)*; *oferta de ajuda ao outro (Fator P3)*; *posição positiva frente a Deus (Fator P4)*; *busca do outro institucional (Fator P5)*; *afastamento através de Deus/Religião/Espiritualidade (Fator P6)* e *busca de conhecimento espiritual (Fator P7)*. As definições de cada fator são descritas abaixo, segundo PANZINI (2005).

Fator P1- Transformação de si e/ou de sua vida: é a transformação pessoal a partir do comportamento religioso e espiritual, que pode ser modificação interna, através da transformação de suas atitudes e comportamentos, segundo os princípios religiosos, ou externa que inclui a mudança da direção ou das circunstâncias pessoais de vida.

Fator P2- Busca de ajuda espiritual: são comportamentos de busca de ajuda espiritual a partir do *coping* religioso e espiritual, no qual, o indivíduo busca no outro, seja este, familiar, social, individual ou institucional, orações, tratamentos espirituais ou orientações de entidades espirituais, além da busca por reposição de energias vitais e ações de espiritualidade.

Fator P3- Oferta de ajuda ao outro: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, no qual o indivíduo procura auxiliar o outro, seja este, familiar, social, individual ou institucional, com orações, atos de caridade e trabalho voluntário.

Fator P4- Posição positiva frente a Deus: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual que apresentam um posicionamento positivo frente a Deus de acordo com as situações, manifestando com atitudes de aproximar-se de Deus, busca de apoio e ações individuais sem a ajuda de Deus.

Fator P5- Busca do outro institucional: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, que o aproximam com o institucional, sejam eles, representantes locais ou membros religiosos.

Fator P6- Afastamento através de Deus/ Religião/ Espiritualidade: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, relacionados à busca de Deus, da religião e espiritualidade, ou seja, ocorrendo mudanças, em que a pessoa aproxima-se de Deus ou das questões religiosas, afastando-se dos problemas. Há dois tipos de *coping*: de afastamento que é positivo, o qual não há negação do problema e de esquiva que é negativo, pois há fuga em relação ao problema.

Fator P7- Busca pessoal de conhecimento espiritual: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, em que há a procura pelo conhecimento religioso e espiritual, que se configura no auxílio para lidar com as situações, fortalecimento em relação aos problemas e o incremento da prática religiosa.

Os fatores negativos abrangem estratégias que geram consequências, ou são negativas em relação ao indivíduo, que vão desde questões “Questionei se Deus realmente se importava” até questões de insatisfação “Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição”.

Os fatores que compõem os itens negativos são: *reavaliação negativa de Deus (Fator N1)*; *posição negativa frente a Deus (Fator N2)*; *insatisfação com o outro institucional (Fator N3)* e *reavaliação negativa do significado (Fator N4)*. As definições de cada fator são descritas abaixo, segundo PANZINI (2005).

Fator N1- Reavaliação negativa de Deus: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, segundo os quais, o indivíduo reavalia negativamente Deus, ou seja, realiza questionamentos sobre Deus, seus comportamentos e características, sua existência, poder, proteção, atos e punições. Ocorre em associação a sentimentos negativos de mágoa, culpa e revolta.

Fator N2- Posição negativa frente a Deus: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, em que o indivíduo pede a Deus e espera, que o mesmo resolva as situações ou o problema, sem sua participação individual.

Fator N3- Insatisfação com o outro institucional: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, que demonstram sentimentos de desgosto ou mágoa com qualquer membro da instituição religiosa como os representantes ou frequentadores.

Fator N4- Reavaliação negativa do significado: são comportamentos de *coping* religioso e espiritual, em que o indivíduo reavalia negativamente o significado das situações, como um ato do mal associado a demônio, trevas, lado negro, ou mesmo com punições às suas próprias atitudes, erros e pecados.

As análises fatoriais dos itens da escala são realizadas através do cálculo dos índices CREP, CREN, CRET e Razão CREP/CREN, dada a seguir, segundo PANZINI, (2005):

- CREP: indica o nível de CREP praticado pelo participante através da média dos 34 itens, indicando o nível de *coping* religioso e espiritual praticado.

Valores situados entre 1,00 e 5,00. Quanto mais alto, maior o uso do CREP.

- CREN: indica o nível de CREN praticado através da média dos 15 itens. Valores situados entre 1,00 e 5,00. Quanto mais alto, maior o uso do CREN.
- CRE total: indica a quantidade de CRE's praticados através da média entre o índice de CREP e as médias invertidas do índice CREN.

As médias invertidas das questões (3, 7, 9, 11, 13, 19, 22, 23, 28, 32, 33, 37, 41, 44, 48) serão invertidas segundo o parâmetro: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

Após a inversão é realizada a média ( $CRE\ TOTAL = \frac{CREP + CREN\ INVERTIDO}{2}$ ).

Valores devem ser situados entre 1,00 e 5,00. Vale ressaltar que os fatores positivos e negativos (P1 a P7, e N1 a N4) são computados pelas médias das questões que os constituem. Esses fatores indicam o quanto a pessoa utiliza as estratégias do CRE, relacionadas a cada tema dos fatores.

- Razão CREN/CREP: É a porcentagem de CREN praticado em relação ao CREP, através da divisão simples, ( $Razão\ \frac{CREN}{CREP} = \frac{CREN}{CREP}$ ). Valores são situados entre 0,20 e 5,00. Quanto mais alto os valores, maior é o uso do CREN em relação ao uso do CREP. Quanto mais baixo os valores, maior é o uso do CREP em relação ao CREN (ANEXO D).
- Os escores são interpretados a partir dos valores das médias de CRE, segundo quadro abaixo:

Quadro 5: Parâmetro de interpretação dos escores da escala CRE-Breve

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

Fonte: Panzini, 2005.

### 5.8.6 Escala de estresse, ansiedade e depressão (Depression, Anxiety and Stress Scale 21 – DASS-21)

A DASS, na sua versão reduzida (DASS-21) com 21 itens, é um excelente

instrumento para avaliar os sintomas da depressão, ansiedade e estresse (VIGNOLA; TUCCI, 2014). Foi desenvolvida por Lovibond; Lovibond (1995) e validada e adaptada por Vignola; Tucci (2014).

É autoaplicável e contém 3 subescalas: a subescala de depressão que avalia os sintomas de autodepreciação, desvalorização da vida, desânimo, disforia, falta de interesse, inércia e anedonia; a subescala de ansiedade que avalia os efeitos musculoesqueléticos, ansiedade situacional e subjetiva e excitação do sistema nervoso autônomo; a subescala de estresse que avalia a dificuldade para relaxar, irritabilidade, agitação e excitação nervosa. As respostas são dadas numa escala tipo *Likert*, em que o indivíduo avalia a intensidade com que experimentou, cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou de maneira alguma”, “aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo”, “aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo”, “aplicou-se muito na maioria do tempo”, a que correspondem valores de “0” a “3” (ANEXO E) (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Cada subescala é composta por sete itens que avaliam os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. A subescala depressão é composta pelos itens (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21); a ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); e o estresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). O resultado é obtido pela soma dos escores dos itens de cada subescala. Em seguida, os escores totais de cada subescala são multiplicados por 2, para obter a pontuação final (VIGNOLA; TUCCI, 2014). A classificação é feita de acordo com o grau de severidade, segundo o quadro abaixo:

Quadro 6: Classificação do grau de severidade da depressão, estresse e ansiedade:

	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
<b>Depressão</b>	0 a 13 14 a 20 ≥ 21	Normal a leve Moderada Grave
<b>Ansiedade</b>	0 a 9 10 a 14 ≥ 15	Normal a leve Moderada Grave
<b>Estresse</b>	0 a 18 pontos 19 a 25 ≥ 26	Normal a leve Moderada Grave

Fonte: Lovibond; Lovibond, 1995

## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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 F).

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa intitulado “O papel da Religiosidade e Espiritualidade no enfrentamento do Diabetes Mellitus e sua relação com o controle metabólico”.

## 7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilha no programa Excel®, com dupla digitação e validação. Em seguida, foram importados para o a *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.0, para realização da análise estatística.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis categóricas empregando distribuições de frequências absolutas e relativas e para as variáveis quantitativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitude e desvio padrão). Para verificar o comportamento das variáveis quanto à distribuição

de normalidade foi aplicado o teste de Kolmogorov Smirnov. Quando não atendidos os pressupostos, as variáveis foram transformadas através do  $\text{Log } x$ ,  $\text{Log } x+1$ ,  $\sqrt{x}$ ,  $\sqrt{x+0,5}$  de modo a possibilitar a utilização de testes paramétricos. As variáveis, que apresentaram homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene, foram analisadas utilizando Teste t de *Student* para grupos independentes ou ANOVA seguido do teste de Tukey de comparações múltiplas para 2 ou mais grupos independentes. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste Qui Quadrado. Os dados obtidos para R/E, CREP, CREN, CRET, depressão, ansiedade e estresse foram correlacionados com os dados obtidos para controle metabólico pelo coeficiente de correlação de Person. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) ou entre 5 e 6% (borderline-  $0,05 < p < 0,06$ ).

## 8 RESULTADOS

No período de maio a julho de 2017, 250 pacientes com DM2 foram considerados elegíveis para o estudo, pois preenchiam os critérios de inclusão. Dentre estes, 50,4% (n= 126) aceitaram participar do estudo, 21,6% (n= 54) se recusaram e 28% (n= 70) não compareceram à consulta. Foram incluídos 124 dos 126 pacientes que aceitaram, porque 2 não apresentavam exames completos dos 3 momentos.

A amostra foi composta predominantemente por pacientes do sexo feminino 70,20% (n=87), com média de idade de 61,83 anos e mediana de 63 anos (mínimo: 30; máximo 90 anos) (Anexo H, Tabela 1) caracterizada por pacientes com 60 anos ou mais (58,1%; n=72). Com relação à atividade laboral, 36,3% (n=45) dos indivíduos eram aposentados, 29,8% (n=37) profissionais liberais, 19,4% (n=24) desempregados, 13,7% (n=17) celetistas e 0,8% (n=1) servidor público, com renda entre 1,5 e 3 salários mínimos (60,5%; n=75), com classe socioeconômica C. Quanto à escolaridade, 57,3% (n=71) possuem de 0 a 8 anos de estudos, 23,4% (n=29) de 9 a 11 anos e 19,4% (n=24)  $\geq 12$  anos de estudos. A principal afiliação religiosa foi católica (62,9%; n=78), seguida pela espírita (19,4%; n=24), evangélica (16,1%; n=20) e apenas dois indivíduos se autodenominavam ateus (1,6%). Estes dados foram representados na tabela 7.

Tabela 7: Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório diabetes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	37	29,80
Feminino	87	70,20
<b>Faixa etária</b>		
De 30 a 60 anos	52	41,9
60 anos ou mais	72	58,1
<b>Atividade Laboral</b>		
Aposentados	45	36,3
Profissionais Liberais	37	29,8
Desempregado	24	19,4
Celetistas	17	13,7
Servidor público	1	0,8
<b>Renda (em salários mínimos)</b>		
Menor que 1,5	22	17,7
Entre 1,5 e 3	75	60,5
Maior que 3	27	21,8
<b>Escolaridade (anos)</b>		
0 - 8	71	57,3
9 – 11	29	23,3
≥ 12	24	19,4
<b>Religião</b>		
Católico	78	62,9
Espírita	24	19,4
Evangélico	20	16,1
Ateu	2	1,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: Salários mínimos de R\$: 937,00 no período.



O tempo de diagnóstico foi  $\geq 10$  anos em 54% (n=67) e  $> 5$  a 10 anos em 46% (n=57). Quanto ao tratamento do DM2, 54% dos pacientes (n=67) faziam uso de antidiabéticos orais e 34,7% (n=43) tanto de insulina quanto de antidiabéticos orais. As principais doenças associadas foram hipertensão (70,2%; n=87), dislipidemia (57,3%; n= 51) e hipotireoidismo primário (21%; n= 26), representadas na tabela 8.

Tabela 8: Dados clínicos dos pacientes do ambulatório de diabetes, Uberaba-MG, Brasil, 2018

Variáveis	n	%
Tempo de diagnóstico (anos)		
5 - 10 anos	57	46,0
$\geq 10$ anos	67	54,0
Medicação		
Insulina	14	11,3
Antidiabéticos orais	67	54,0
Insulina e antidiabéticos orais	43	34,7
Doenças associadas		
Hipertensão	87	70,2
Hipotireoidismo primário	26	21,0
Dislipidemia	71	57,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Como foi referido em materiais e métodos, foram comparadas as médias dos dados metabólicos e do perfil lipídico, envolvendo três medidas obtidas a cada quatro meses. Os parâmetros de controle de LDL-c e HDL-c são apresentados segundo a categoria de risco cardiovascular estimado. A amostra apresentou as médias de GJ acima dos valores de referência ( $170,63 \pm 57,59$ ) bem como GPP ( $205,82 \pm 77,40$ ), HbA1c ( $8,11 \pm 1,19$ ), FRUTO ( $321,71 \pm 74,80$ ), NÃO-HDL-c ( $118,70 \pm 41,53$ ), LDL-c ( $90,95 \pm 45,02$ ) e TGL ( $161,22 \pm 76,25$ ). As médias de COLT ( $168,64 \pm 41,24$ ) e HDL-c ( $49,95 \pm 15,90$ ) são classificadas como desejável.

Os resultados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico foram representados na tabela 9 (Anexo H Tabela 7 e 8).

Tabela 9: Resultados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico dos pacientes do ambulatório de diabetes, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	170,63	57,59	156,50	88,90	368,20
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	205,82	77,40	194,38	77,05	444,9
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	8,11	1,55	7,84	5,30	12,80
$\bar{X}$ $\Delta$ HbA1c #	1,51	1,19	1,20	0,04	5,00
$\bar{X}$ FRUTO ( $\mu$ mol/L) #	321,71	74,80	307,67	216,00	553,3
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	168,64	41,24	164,35	106,10	409,10
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	49,95	15,90	47,33	22,50	109,00
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	118,70	41,53	115,67	52,10	350,10
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	90,95	45,02	82,63	35,53	410,60
$\bar{X}$ TGL (mg/dL) #	161,22	76,25	141,70	53,00	462,70

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%);  $\Delta$ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: Frutosamina ( $\mu$ mol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL).

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

<b>Valores de referência</b>		
Glicemia de Jejum: < 100 mg/dL	Não HDL-c: < 160 mg/dL – Baixo	LDL-c: < 130 mg/dL- Baixo
Glicemia pós-prandial: <160 mg/dL	Não HDL-c: < 130 mg/dL - Intermediário	LDL-c: < 100 mg/dL- Intermediário
Hemoglobina glicada: < 7%	Não HDL-c: < 100 mg/dL- Alto	LDL-c: < 70 mg/dL- Alto
Frutosamina: 205 – 285 $\mu$ mol/L	Não HDL-c: < 80 mg/dL- Muito Alto	LDL-c: < 50 mg/dL - Muito alto
Colesterol Total: < 190 mg/dL – Desejável	HDL-c: > 40 mg/dL- Desejável	Triglicérides: < 150 mg/dL- Desejável

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017; Sociedade Brasileira de Cardiologia 2017.

As médias de Hb1Ac foram estratificadas de acordo com as metas de controle glicêmico e a idade, formando três grupos. Segundo critérios estritos, apenas 27,4% (n=34) dos pacientes se encontraram com Hb1Ac < 7,0. Alargando o critério para Hb1Ac = < 7,5, 40,30% (n=50) estariam bem controlados. Moderadamente controlados, aqueles com Hb1Ac ≥ 7,5 e < 8,0% e um percentual considerável 47,6% (n= 93) de pacientes com controle inadequado (Hb1Ac= ≥ 8,0). Os resultados referentes a estratificação foram apresentados na tabela 10.

Tabela 10: Valores médios de Hba1c analisadas segundo metas de controle

Idade (anos)	< 7,0		≥ 7,0 < 7,5		≥ 7,5 < 8,0		≥ 8,0 < 9,0		≥ 9,0			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
< 60 n=46	16	34,78	6	13,04	3	6,52	8	17,39	13	28,60		
≥ 60 < 75 n= 66	14	21,21	8	12,09	11	16,66	12	18,18	21	31,81		
≥ 75 n=12	4	33,33	2	16,66	1	8,33	2	16,66	3	25		
<b>Total</b> n=124	34	27,40	16	12,90	15	12,10	22	17,80	37	29,83		
	n= 50		40,30%		n= 15		12,10%		n= 59		47,60%	

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: Metas de controle: < 7,0 – < 7,5- bom controle; ≥ 7,5 < 8,0- controle moderado; ≥8,0 ≥ 9,0- controle inadequado

Foram analisadas as variáveis GJ, GPP e FRUTO, segundo as metas de controle, afim de verificar o percentual de pacientes que se encontram com as metas de controle glicêmico adequadas. Para a GJ 25% (n=31) encontravam-se adequados e 75% inadequados. GPP e FRUTO, 43% (n= 53) adequados e 57% (n= 71) inadequados. Os resultados foram apresentados na tabela 11.

Tabela 11: Valores médios analisados segundo metas de controle glicêmico, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	Valores (mg/dL)	Classificação	Pacientes com DM2	
			n	%
GJ	80-130	Adequado	31	25
	>130	Inadequado	93	75
GPP	≤ 180	Adequado	53	43
	> 180	Inadequado	71	57
FRUTO	≤ 285	Adequado	53	43
	>285	Inadequado	71	57

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); FRUTO: frutossamina ( $\mu\text{mol/L}$ ); DM2: Diabetes Mellitus 2.

As médias do perfil lipídico foram analisadas afim de verificar o percentual de pacientes que se encontram com as metas de controle lipídico adequadas. Em relação ao COLT, 84,67% (n=105) dos indivíduos com DM2, apresentaram valores menores que 200 mg/dL e TGL, 53,22% (n= 66) menores que 150 mg/dL, ambos valores considerados desejáveis. No que se refere ao LDL-c, 70,16% (n=87) dos pacientes demonstraram valores menores que 100 mg/dL e quanto ao NÃO-HDL-c, 69,30% (n=86) apresentaram valores menores que 130 mg/dL, considerados ótimos. Por outro lado, quanto ao HDL-c, cerca de 78,22% (n=97) representaram valores menores que 40mg/dL, considerados baixos. Os resultados foram representados na tabela 12.

Tabela 12: Valores médios analisados valores de referência de perfil lipídico, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Lípides	Valores (mg/dL)	Classificação	Pacientes com DM2	
			n	%
COLT	< 200	Desejável	105	84,67
	200-239	Limítrofe	13	10,48
	≥240	Alto	6	4,83
TGL	< 150	Desejável	66	53,22
	150-200	Limítrofe	30	24,19
	> 200]	Alto	28	22,59
LDL-c	< 100	Ótimo	87	70,16
	100-129	Desejável	24	19,35
	130-159	Limítrofe	9	7,25
	≥160	Alto	4	3,22
HDL-c	> 60	Desejável	27	21,77
	< 40	Baixo	97	78,22
NÃO-HDL-c	<130	Ótimo	86	69,30
	130-159	Desejável	17	13,70
	≥160	Alto	21	17

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: COLT: *colesterol total (mg/dL)*; HDL-c - *high density lipoprotein cholesterol (mg/dL)*; LDL-c: *low density lipoprotein cholesterol (mg/dL)*; TGL: *triglicérides (mg/dL)*.

Os índices de R/E foram obtidos pela aplicação da escala de DUREL em todos os participantes e segundo a mesma, foram obtidos dados referentes a RO, RNO e RI. As classificações dos índices de RO e RNO foram realizadas segundo os parâmetros, considerando baixa < 3 e alta ≥ 4, enquanto que RI baixa foi considerado o escore < 9 e alta ≥ 10.

A amostra apresentou elevados índices de religiosidade organizacional ( $4,31 \pm 1,43$ ), não organizacional ( $4,68 \pm 1,22$ ) e intrínseca ( $13,90 \pm 1,94$ ), representados na tabela 13.

A escala de *coping* religioso espiritual (CRE) foi aplicada em todos os participantes e segundo a mesma, obtiveram-se dados referentes ao CREP, CREN e CRET. Os escores de CREP, CREN e CRET foram reagrupados em dois grupos (baixo-médio) e (alto-altíssimo). As classificações de todos os índices foram realizadas segundo os parâmetros considerados baixos de 1,00 a 3,50 e altos de 3,51 a 5,00.

Os escores de utilização do CRET foram de  $3,67 \pm 0,36$ , considerados elevados. Os valores de CREP foram de  $3,54 \pm 0,55$ . Os escores de utilização do CREN foram de  $2,20 \pm 0,71$ . A relação CREN/CREP foi de  $0,62 \pm 0,18$ , demonstrando predomínio do CREP em relação ao CREN, representados na tabela 13 (Anexo H, tabela 3).

Os fatores de CREP, que apresentam alto uso pelos pacientes, foram *posição positiva frente a Deus* (P4) ( $4,42 \pm 0,52$ ), *afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade* (P6) ( $3,90 \pm 0,90$ ) e *transformação de si e/ou sua vida* (P1) ( $3,67 \pm 0,71$ ). O fator com menor uso foi a *busca pessoal de conhecimento espiritual* (P7) ( $2,70 \pm 0,97$ ). Todos os fatores negativos apresentaram escores baixos.

Os escores de depressão, estresse e ansiedade foram avaliados pela escala DASS-21 e foram aplicados em todos os participantes. As classificações dos índices foram realizadas segundo o grau de severidade, de acordo com o quadro 6. As médias dos escores de depressão foram de  $13,53 \pm 11,05$ , de ansiedade foram  $13,45 \pm 10,77$  e estresse de  $17,71 \pm 11,30$ , sendo tais índices classificados como normais a leves. Os dados referentes à depressão, estresse e ansiedade com todas as variáveis foram representados na tabela 13 (Anexo H, tabela 5).

Tabela 13: Resultados da avaliação da religiosidade, *coping* religioso-espiritual, depressão, ansiedade e estresse em pacientes com diabetes tipo 2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
RO	4,31	1,43	1,00	6,00
RNO	4,68	1,22	1,00	6,00
RI	13,90	1,94	3,00	15,00
CREP	3,54	0,55	1,53	4,88
CREN	2,20	0,71	1,00	4,73
CRET	3,67	0,36	2,87	4,91
CREN/CREP	0,62	0,18	0,22	1,10
Fatores CREP				
P1	3,67	0,71	1,00	5,00
P2	3,14	0,94	1,00	5,00
P3	3,49	0,79	1,20	5,00
P4	4,42	0,52	2,60	5,00
P5	3,11	0,94	1,00	5,00
P6	3,90	0,80	1,00	5,00
P7	2,70	0,97	1,00	5,00
Fatores CREN				
N1	1,76	0,81	1,00	5,00
N2	3,07	1,14	1,00	5,00
N3	2,41	0,72	1,00	4,25
N4	2,59	1,14	1,00	5,00
Depressão	13,53	11,05	0	42
Ansiedade	13,45	10,77	0	42
Estresse	17,71	11,30	0	42

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

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; 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.

Ainda segundo a escala DASS-21, verificou-se o percentual de depressão estresse e ansiedade nos pacientes com DM2. Os sintomas de depressão classificados como grave, estavam presentes em 50,8% dos diabéticos e a ansiedade classificada como grave em 44,4% desses indivíduos. O estresse grave foi verificado em 61,3% dos pacientes. Os dados foram representados na tabela 14.

Tabela 14: Percentual de severidade depressão, ansiedade e estresse em pacientes com dm2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

	Depressão		Estresse		Ansiedade	
	n	%	n	%	n	%
Normal a leve	45	36,3	32	25,8	55	44,4
Moderada	16	12,9	16	12,9	14	11,3
Grave	63	50,8	76	61,3	55	44,4

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Para efeito de análise, os escores de RO, RNO e RI foram divididos em dois grupos, sendo um grupo concentrando escores baixos e outro concentrando escores alto. Ao se comparar as médias relacionadas ao controle glicêmico e perfil lipídico, segundo o escore de utilização de RO, observou-se que a média de HbA1c foi significativamente maior no grupo RO alta ( $8,3 \pm 1,6$ ) em relação ao grupo RO baixa ( $7,6 \pm 1,3$ )  $p=0,019$ . As médias das concentrações de TGL foram maiores no grupo de RO baixa ( $187,9 \pm 96,1$ ) em relação ao grupo RO alta ( $149,4 \pm 62,7$ )  $p= 0,027$ . Os dados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico segundos níveis RO foram representados na tabela 15.



Tabela 15: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível religiosidade organizacional, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	RO (Baixa)	RO (Alta)	<i>p</i>
	n= 38	n=86	
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	168,2 ± 66,2	17,6 ± 53,7	0,533
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	190,0 ± 71,7	212,8 ± 79,1	0,122
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	7,6 ± 1,3	8,3 ± 1,6	<b>0,019*</b>
$\bar{X}$ ΔHbA1c #	1,3 ± 1,1	1,58 ± 1,2	0,287
$\bar{X}$ FRUTO (μmol/l) #	310,6 ± 85,3	326,5 ± 69,6	0,541
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	166,3 ± 35,5	169,7 ± 43,6	0,784
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	47,0 ± 12,9	51,2 ± 16,9	0,134
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	112,0 ± 34,0	120,7 ± 46,1	0,286
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	91,5 ± 57,4	90,70 ± 38,7	0,936
$\bar{X}$ TGL (mg/dL)#	187,9 ± 96,1	149,4 ± 62,7	<b>0,027*</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RO: religiosidade organizacional; GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%); ΔHbA1c: variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutossamina (μmol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); Teste t de Student;  $\bar{x}$ : média; dp: desvio padrão.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

Segundo os escores de utilização de RNO, comparando-se as médias dos dados relacionados ao controle glicêmico e perfil lipídico, observou-se que a média de HDL- colesterol foi significativamente maior no grupo RNO alta (51,1 ± 16,3) em relação ao grupo RNO baixa (43,7 ± 12,0) p=0,024, representados na tabela 16.

Tabela 16: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível religiosidade não-organizacional, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	RNO (Baixa)	RNO (Alta)	p
	n= 20 $\bar{x} \pm dp$	n=104 $\bar{x} \pm dp$	
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	162,0 ± 43,34	172,3 ± 59,9	0,543
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	191,4 ± 49,9	208,6 ± 81,5	0,363
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	8,3 ± 1,6	8,0 ± 1,6	0,629
$\bar{X}$ ΔHbA1c #	1,4 ± 1,3	1,5 ± 1,1	0,853
$\bar{X}$ FRUTO (μmol/L) #	317,7 ± 71,6	322,5 ± 75,7	0,284
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	177,4 ± 71,1	167 ± 32,9	0,733
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	43,7 ± 12,0	51,1 ± 16,3	<b>0,024*</b>
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	105,4 ± 40,0	120,3 ± 43,13	0,154
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	113 ± 89,7	86,7 ± 28,7	0,271
$\bar{X}$ TGL (mg/dL) #	198,8 ± 109,1	154,0 ± 66,5	0,073

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RNO: religiosidade não-organizacional; GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%); ΔHbA1c: variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutosamina (μmol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); Teste t de Student;  $\bar{x}$ : média; dp: desvio padrão.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

As médias do controle glicêmico e perfil lipídico foram comparadas segundo os escores de utilização de RI. Observou-se que a média de FRUTO foi significativamente maior no grupo RI alta (322,5 ± 74,6) em relação ao grupo RI baixa (306,8 ± 84,6) p=0,045, representados na tabela 17.

Tabela 17: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível religiosidade intrínseca, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	RI (Baixa)	RI (Alta)	<i>p</i>
	n= 6	n=118	
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	142,1 ± 34,4	172,1 ± 58,2	0,173
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	203,6 ± 83,0	205,9 ± 77,5	0,926
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	8,3 ± 1,8	8,1 ± 1,5	0,837
$\bar{X}$ ΔHbA1c #	1,1 ± 0,77	1,5 ± 1,2	0,477
$\bar{X}$ FRUTO (μmol/L) #	306,8 ± 84,6	322,5 ± 74,6	<b>0,045*</b>
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	175,41 ± 39,2	169,3 ± 41,5	0,623
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	48,4 ± 9,7	50 ± 16,2	0,711
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	120,1 ± 38,4	118,0 ± 43,1	0,898
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	95,2 ± 33,3	90,7 ± 45,6	0,683
$\bar{X}$ TGL (mg/dL) #	154,5 ± 79,2	161,6 ± 76,4	0,807

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RI: religiosidade intrínseca; GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%); ΔHbA1c: variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutosamina (μmol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); Teste t de Student;  $\bar{x}$ : média; dp: desvio padrão.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

Para fins de estudo do comportamento entre RO, RNO, RI e Hb1Ac, foi realizada a estratificação dos pacientes de acordo os valores de metas de HB1Ac segundo idade e comparados com as frequências de RO baixa, RO alta, RNO baixa, RNO alta, RI baixa e RI alta.

Ao comparar as frequências de RO baixa e RO alta, segundo estratificação de valores médios de Hb1Ac, não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas. Valores médios de HbA1c analisados segundos níveis RO foram representados na tabela 18.

Tabela 18: Valores médios de HbA1c analisados segundos níveis RO, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Hb1Ac (%)	RO Baixa		RO Alta	
	n	%	n	%
< 7,5	19	38	31	62
> 7,5 < 8,0	4	26,7	11	73,3
≥ 8,0	15	25,4	44	74,6
Total	38	30,6	86	69,4

$p= 0,343$

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RO: religiosidade organizacional; HbA1c: hemoglobina glicada (%)

Metas de controle: < 7,0 – 7,5- bom controle; ≥ 7,5 < 8,0- controle moderado; ≥8,0 ≥ 9,0-controle inadequado; Teste Qui quadrado.

Não se observou quaisquer diferenças significativas ao se comparar as frequências de RNO baixa e RNO alta, segundo estratificação de valores médios de Hb1Ac. Os dados foram representados na tabela 19.

Tabela 19: Metas de controle de HbA1c analisados segundos níveis RNO, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Hb1Ac	RNO baixa		RNO alta	
	n	%	n	%
< 7,5	9	18,4	41	82
> 7,5 < 8,0	1	6,7	14	93,3
≥ 8,0	10	16,9	49	83,1
Total	20	16,1	104	83,9

$p=0,562$

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RO: religiosidade organizacional; HbA1c: hemoglobina glicada (%)

Metas de controle: < 7,0 – 7,5- bom controle; ≥ 7,5 < 8,0- controle moderado; ≥8,0 ≥ 9,0-controle inadequado; Teste Qui quadrado.

Foram comparadas as frequências de RI baixa e RI alta, segundo estratificação de valores médios de Hb1Ac e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os dados foram representados na tabela 20.

Tabela 20: Metas de controle de HbA1c analisadas segundo nível RI, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Hb1Ac	RI baixa		RI alta	
	n	%	n	%
< 7,5	2	4	48	96
> 7,5 < 8,0	1	6,7	14	93,3
≥ 8,0	3	5,1	56	94,9
Total	6	4,8	118	95,2

p=0,908

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RO: religiosidade organizacional; HbA1c: hemoglobina glicada (%)

Metas de controle: < 7,0 – 7,5- bom controle; ≥ 7,5 < 8,0- controle moderado; ≥8,0 ≥ 9,0-controle inadequado; Teste Qui quadrado.

Para efeito de análise, os escores de CREP, CREN e CRET foram divididos em dois grupos, sendo um grupo concentrando escores baixo-médios e outro concentrando escores alto-altíssimo. Foram comparadas as médias de controle glicêmico e perfil lipídico, segundo o escore de utilização de CREP observou-se que a média de HDL-c foi significativamente maior no grupo CREP alto-altíssimo ( $52,9 \pm 16,1$ ) em relação ao grupo CREP baixo-médio ( $46,7 \pm 15,2$ )  $p=0,003$ , representados na tabela 21.

Tabela 21: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível *coping* religioso-espiritual positivo, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	CREP	CREP	<i>p</i>
	(Baixo-Médio)	(Alto-Altíssimo)	
	n= 59 $\bar{x} \pm dp$	n=65 $\bar{x} \pm dp$	
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	164,8 ± 55,4	176,9 ± 59,0	0,243
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	199,3 ± 78,3	211,7 ± 76,7	0,366
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	8,1 ± 1,7	8,1 ± 1,4	0,910
$\bar{X}$ ΔHbA1c #	1,5 ± 1,3	1,5 ± 1,1	0,906
$\bar{X}$ FRUTO (μmol/L) #	309,8 ± 61,1	332,5 ± 84,3	0,480
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	168,5 ± 41,3	168,7 ± 41,5	0,902
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	46,7 ± 15,2	52,9 ± 16,1	<b>0,003*</b>
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	116,0 ± 47,0	120,0 ± 38,9	0,573
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	94,3 ± 51,3	87,9 ± 38,5	0,412
$\bar{X}$ TGL (mg/dL) #	169,2 ± 79,6	153,9 ± 72,9	0,251

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: CREP: *coping* religioso-espiritual positivo; GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%); ΔHbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: frutamina (μmol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); Teste t de Student;  $\bar{x}$ : média; dp: desvio padrão.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

Não se observou quaisquer diferenças significativas ao se comparar as médias de controle glicêmico e perfil lipídico, segundo os grupos de CREN baixo-médio e alto-altíssimo. Os dados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível CREN foram representados na tabela 22.

Tabela 22: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível *coping* religioso-espiritual negativo, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	CREN	CREN	<i>p</i>
	(Baixo-médio) n= 117 $\bar{x} \pm dp$	(Alto-Altíssimo) n=7 $\bar{x} \pm dp$	
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	170,4 ± 58,8	174,2 ± 34,8	0,512
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	203,4 ± 77,8	246,4 ± 60,4	0,800
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	8,1 ± 1,57	8,05 ± 1,4	0,921
$\bar{X}$ ΔHbA1c #	1,5 ± 1,2	1,5 ± 1,0	0,918
$\bar{X}$ FRUTO (μmol/L) #	318,5 ± 73,3	375,0 ± 85,3	0,767
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	169,5 ± 41,7	154,4 ± 31,5	0,292
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	49,89 ± 16,0	52,0 ± 14,9	0,717
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	116,7 ± 40,6	140,4 ± 71,0	0,153
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	81,72 ± 45,9	78,1 ± 26,3	0,378
$\bar{X}$ TGL (mg/dL) #	163,67 ± 77,4	120,2 ± 37,6	0,095

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: CREN: *coping* religioso-espiritual negativo; GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%); ΔHbA1c: variação da hemoglobina glicada; FRUTO: frutamina (μmol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); Teste t de Student;  $\bar{x}$ : média; dp: desvio padrão.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

Comparando as médias de controle glicêmico e perfil lipídico, segundo o escore de utilização de CRET, observou-se que a média do ΔHbA1c foi significativamente maior no grupo CRET baixo- médio (1,8 ± 1,2) em relação ao grupo CRET alto-altíssimo (1,4 ± 1,1)  $p=0,058$ . Os dados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível CRET foram representados na tabela 23.

Tabela 23: Comparação das médias dos dados relacionados ao controle metabólico e perfil lipídico segundo nível *coping* religioso-espiritual total, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	CRET	CRET	<i>p</i>
	(Baixo-Médio) n= 34 $\bar{x} \pm dp$	(Alto-Altíssimo) n=90 $\bar{x} \pm dp$	
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	162,3 ± 41,3	174,0 ± 62,5	0,497
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	222,3 ± 87,9	199,5 ± 72,6	0,169
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	8,1 ± 1,7	8,0 ± 1,5	0,881
$\bar{X}$ ΔHbA1c #	1,8 ± 1,2	1,4 ± 1,1	<b>0,058*</b>
$\bar{X}$ FRUTO (μmol/L) #	333,3 ± 71,4	317,3 ± 76,0	0,230
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	171,7 ± 55,2	167,4 ± 34,9	0,869
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	47,6 ± 13,4	50,8 ± 16,7	0,323
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	122,6 ± 49,4	116,2 ± 40,1	0,467
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	95,7 ± 49,1	89,2 ± 44,0	0,430
$\bar{X}$ TGL (mg/dL) #	158,0 ± 76,4	162,4 ± 66,5	0,699

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: CRET: *coping* religioso-espiritual total; GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: Hemoglobina glicada (%); ΔHbA1c: variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutossamina (μmol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); Teste t de Student;  $\bar{x}$ : média; dp: desvio padrão.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

Comparadas as médias de controle glicêmico e perfil lipídico, segundo o nível de severidade do estresse, observou-se que a média de HDL-c foi estatisticamente maior no grupo classificado com estresse normal a leve ( $51,5 \pm 17,0$ ) do que no grupo classificado como estresse moderado ( $41,0 \pm 7,6$ )  $p= 0,020$ . Os dados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico, segundo nível de severidade do estresse, foram representados na tabela 24.



Tabela 24: Comparação das médias de controle metabólico e perfil lipídico segundo o nível severidade estresse, Uberaba, Brasil-MG, 2018

	$\bar{x}$ GJ #	$\bar{x}$ GPP #	$\bar{x}$ HbA1c #	$\bar{x}_{\Delta}$ HbA1c #	$\bar{x}$ FRUTO#	$\bar{x}$ COLT #	$\bar{x}$ HDL- c #	$\bar{x}$ NÃO-HDL-c #	$\bar{x}$ LDL- c #	$\bar{x}$ TGL #
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$
<b>Normal a leve<sup>1</sup></b> <b>n= 32</b>	162,5 ± 57,1	197,6 ± 78,9	8,5 ± 1,7	1,4 ± 1,1	322,1 ± 68,7	164,2 ± 31,4	51,5 ± 17,0	113,1 ± 54,0	87,6 ± 29,7	141,1 ± 79,5
<b>Moderado<sup>2</sup></b> <b>n= 16</b>	160,7 ± 59,5	204,9 ± 75,1	7,9 ± 1,4	1,1 ± 1,0	316,0 ± 80,0	158,5 ± 32,0	41,0 ± 7,6	114,0 ± 32,0	82,3 ± 29,3	183,0 ± 47,0
<b>Grave<sup>3</sup></b> <b>n=76</b>	176,1 ± 57,5	209,5 ± 78,0	7,9 ± 1,5	1,6 ± 1,2	322,7 ± 77,0	172,6 ± 46,2	51,1 ± 16,3	121,0 ± 40,0	94,1 ± 52,5	165,1 ± 79,0
	p:0,276	p:0,772	p:0,307	p= 0,265	p:0,638	p:0,425	<b>p:0,020*</b>	p:0,647	p:0,054	p:0,659
Teste de comparações múltiplas*										
<b>2&lt;1 p:0,020</b>										

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%);  $\Delta$ HbA1c : variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutamina ( $\mu$ mol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c: high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL);

\* Teste Anova; Teste de comparações múltiplas de Tukey.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

Ao se comparar as médias de controle glicêmico e perfil lipídico, segundo o nível Severidade Ansiedade, observou-se que a média de  $\Delta\text{HbA1c}$  foi estatisticamente maior no grupo classificado com ansiedade grave ( $1,90 \pm 1,30$ ) do que no grupo classificado como ansiedade normal a leve ( $1,21 \pm 1,1$ )  $p= 0,008$ . Os dados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico, segundo o nível Severidade Ansiedade, foram representados na tabela 25.

Tabela 25: Comparação das médias de controle metabólico e perfil lipídico segundo nível severidade ansiedade, Uberaba, Brasil-MG, 2018

	$\bar{x}$ GJ #	$\bar{x}$ GPP #	$\bar{x}$ HbA1c #	$\bar{x}$ $\Delta$ HbA1c#	$\bar{x}$ FRUTO#	$\bar{x}$ COLT #	$\bar{x}$ HDL- c #	$\bar{x}$ NÃO-HDL- c #	$\bar{x}$ LDL- c #	$\bar{x}$ TGL #
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$
Normal leve <sup>1</sup> n= 55	162,5 $\pm$ 53,4	190,1 $\pm$ 77,8	8,1 $\pm$ 1,6	1,21 $\pm$ 1,1	318,0 $\pm$ 71,4	165,6 $\pm$ 35,5	48,3 $\pm$ 15,6	116,0 $\pm$ 46,4	88,7 $\pm$ 30,3	154,0 $\pm$ 67,9
Moderado <sup>2</sup> n= 14	155,8 $\pm$ 47,2	212,2 $\pm$ 85,3	8,5 $\pm$ 2,0	1,21 $\pm$ 0,66	314,2 $\pm$ 68,9	154,7 $\pm$ 19,3	46,7 $\pm$ 14,2	104,0 $\pm$ 23,0	81,3 $\pm$ 16,5	154,7 $\pm$ 91,8
Grave <sup>3</sup> n=55	182,5 $\pm$ 62,4	219,9 $\pm$ 73,3	8,0 $\pm$ 1,4	1,90 $\pm$ 1,30	327,4 $\pm$ 80,2	175,2 $\pm$ 49,2	52,4 $\pm$ 16,5	124,0 $\pm$ 42,4	95,8 $\pm$ 59,8	170,0 $\pm$ 80,4
	p=0,087	p=0,090	p=0,508	<b>p= 0,007*</b>	p=0,371	p=0,251	p=0,288	p=0,330	p=0,798	p=0,513
Teste de comparações múltiplas*										
<b>3&gt;1 p=0,008</b>										

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%);  $\Delta$ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutamina ( $\mu$ mol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c: high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL).

\* Teste Anova; Teste de comparações múltiplas de Tukey.

# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

Não se observou associação significativa ao se correlacionar os escores RO, RI, CREP, CRET, CREN/CREP, de depressão e de estresse com as variáveis sociodemográficas e o tempo de diagnóstico do DM. A RNO mostrou associação positiva muito baixa com a idade ( $r = 0,194$ ;  $p = 0,031$ ) e o CREN, uma associação inversa baixa com os anos de estudo ( $r = -0,201$ ;  $p = 0,025$ ), indicando que, quanto menor é a escolaridade, maior é o uso de fatores negativos. Os dados referentes às correlações entre religiosidade, coping religioso-espiritual, depressão, estresse, ansiedade, variáveis sociodemográficas e o tempo de diagnóstico do DM foram representados na tabela 26.

Tabela 26: Correlações entre religiosidade, *coping* religioso-espiritual, depressão, estresse, ansiedade, variáveis sociodemográficas e tempo de diagnóstico em pacientes com diabetes tipo 2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	Idade		Anos de estudo		Renda		Tempo de diagnóstico	
	r	p	r	p	r	p	r	p
RO	0,064	0,482	0,058	0,520	0,016	0,859	0,049	0,586
RNO	0,194	<b>0,031*</b>	0,053	0,557	0,049	0,588	0,006	0,951
RI	0,033	0,714	0,037	0,689	0,137	0,129	0,025	0,780
CREP	0,021	0,819	0,105	0,248	0,097	0,285	0,090	0,320
CREN	0,029	0,751	0,201	<b>0,025*</b>	0,047	0,603	0,008	0,926
CRET	0,012	0,891	0,110	0,223	0,038	0,674	0,061	0,498
CREN/CREP	0,027	0,762	0,157	0,081	0,012	0,894	0,040	0,657
Depressão	0,065	0,473	0,152	0,092	0,071	0,430	0,017	0,848
Ansiedade	0,026	0,775	0,204	<b>0,023*</b>	0,089	0,325	0,105	0,244
Estresse	0,036	0,691	0,160	0,075	0,088	0,330	0,013	0,885

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

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;

r: Coeficiente de relação de Pearson; p: Valor de p.

Ao se correlacionar a religiosidade e *coping* religioso-espiritual, o CREP apresentou associação significativa de baixa a moderada com todas as dimensões de religiosidade observadas, RO ( $r = 0,415$ ;  $p = 0,000$ ); RNO ( $r = 0,328$ ;  $p = 0,000$ ); RI: ( $r = 0,290$ ;  $p = 0,001$ ). Não se observou associação significativa ao correlacionar

as dimensões de religiosidade com CREN, CREN/CREP, depressão, ansiedade e estresse, em nenhuma correlação. O CRET, que representa a média de todos os fatores utilizados, apresentou correlação significativa muito fraca a fraca com as três dimensões de religiosidade avaliadas RO ( $r = 0,190$ ;  $p = 0,035$ ); RNO ( $r = 0,234$ ;  $p = 0,009$ ); RI: ( $r = 0,231$ ;  $p = 0,010$ ). Os dados referentes às correlações entre religiosidade e *coping* religioso-espiritual foram representados na tabela 27 (Anexo H, tabela 1, tabela 3, tabela 5).

Tabela 27: Correlações entre religiosidade e *coping* religioso-espiritual em pacientes do ambulatório de diabetes, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	RO		RNO		RI	
	R	p	r	p	r	p
CREP	0,415	<b>0,000</b>	0,328	<b>0,000</b>	0,290	<b>0,001</b>
CREN	0,111	0,222	0,005	0,958	0,009	0,923
CRET	0,190	<b>0,035</b>	0,234	<b>0,009</b>	0,231	<b>0,010</b>
CREN/CREP	-0,116	0,198	-0,165	0,066	-0,160	0,076
Depressão	-0,009	0,918	0,085	0,347	0,082	0,366
Ansiedade	0,088	0,329	0,102	0,261	0,072	0,425
Estresse	0,019	0,837	0,125	0,167	0,142	0,116

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: CREP: *coping* religioso-espiritual positivo; CREN: *coping* religioso-espiritual negativo; CRET: *coping* religioso-espiritual total; CREN/CREP: razão *coping* religioso-espiritual; r: coeficiente de relação de Pearson; p: Valor de p.

Em relação ao estresse e ansiedade, foram observadas correlações positivas de fraca a muito fraca com o IMC, ( $r = 0,177$ ;  $p = 0,049$ ), ( $r = 0,221$ ;  $p = 0,013$ ), respectivamente. Esses resultados apontam que, na amostra, quanto maior é o estresse e a ansiedade, maior o IMC. Os dados referentes às correlações entre IMC e nível severidade depressão, estresse e ansiedade foram representados na tabela 28 (Anexo H, tabela 6).

Tabela 28: Correlação entre IMC e nível severidade depressão, estresse e ansiedade, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	IMC	
	r	p
Depressão	0,164	0,069
Estresse	0,177	<b>0,049*</b>
Ansiedade	0,221	<b>0,013*</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: IMC: Índice de massa corporal.

r: coeficiente de correlação de Pearson; p: Valor de p.

A correlação entre as médias dos dados, que representam o controle metabólico e perfil lipídico, com o nível de depressão, estresse e ansiedade, indicou associação positiva entre a depressão, estresse e ansiedade com o  $\Delta$ HbA1c ( $r = 0,219$ ;  $p = 0,015$ ); ( $r = 0,172$ ;  $p = 0,055$ ), ( $r = 0,322$ ;  $p = 0,000$ ), respectivamente. Esses resultados sugerem que quanto maior o  $\Delta$ HbA1c, maior a depressão e o estresse em pacientes com DM2. A ansiedade apresentou associação positiva com as médias relacionadas à GJ e GPP ( $r = 0,215$ ;  $p = 0,017$ ); ( $r = 0,232$ ;  $p = 0,009$ ), respectivamente. Os dados referentes ao controle metabólico e perfil lipídico com os níveis de depressão, estresse e ansiedade foram representados na tabela 29.

Tabela 29: Correlações entre as médias relacionadas ao controle metabólico e perfil lipídico em pacientes com diabetes tipo 2, segundo Depressão, Estresse, Ansiedade, Uberaba-MG, 2018.

Variáveis analisadas	Depressão		Estresse		Ansiedade	
	r	p	r	p	r	p
$\bar{X}$ GJ (mg/dL) #	0,093	0,302	0,190	0,034	0,215	<b>0,017*</b>
$\bar{X}$ GPP (mg/dL) #	0,111	0,220	0,141	0,118	0,232	<b>0,009*</b>
$\bar{X}$ HbA1c (%) #	-0,029	0,745	-0,065	0,471	-0,013	0,889
$\bar{X}$ $\Delta$ HbA1c #	0,219	<b>0,015*</b>	0,172	<b>0,055*</b>	0,322	<b>0,000*</b>
$\bar{X}$ FRUTO ( $\mu$ mol/L) #	0,067	0,461	0,083	0,357	0,141	0,117
$\bar{X}$ COLT (mg/dL) #	-0,018	0,840	-0,021	0,814	0,068	0,452
$\bar{X}$ HDL- c (mg/dL) #	0,011	0,907	0,025	0,784	0,085	0,346
$\bar{X}$ NÃO-HDL-c (mg/dL) #	0,007	0,934	0,082	0,368	0,085	0,347
$\bar{X}$ LDL- c (mg/dL) #	-0,074	0,414	-0,074	0,417	-0,019	0,830
$\bar{X}$ TGL (mg/dL) #	0,134	0,137	0,148	0,101	0,153	0,091

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%);  $\Delta$ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutamina ( $\mu$ mol/L); COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL); r: Coeficiente de correlação de Pearson; p: Valor de p; Teste Anova; Teste de comparações múltiplas de Tukey.  
# Média dos três valores obtidos ao longo de um ano.

## 9 DISCUSSÃO

### 9.1 AVALIAÇÃO DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CONTROLE METABÓLICO

Para a realização deste trabalho, avaliamos 124 pacientes com DM2, procurando identificar o perfil dos indivíduos em relação a R/E e a utilização de

estratégias de enfrentamento para o auxílio no controle metabólico. Para tal, elegemos alguns instrumentos validados para a língua portuguesa e que, até o presente momento, não foram aplicados em pacientes com DM.

A distribuição dos 124 pacientes com DM2, em relação ao sexo e a idade, foi semelhante aos estudos com mesmo tema, reportados pela literatura, havendo predomínio do sexo feminino (70,20%; n=87) (GREGHI; PASCON, 2016; KIANI; HESABI, 2016). Não há diferenças significativas entre a prevalência de DM entre os sexos, porém as mulheres comparecem, com maior frequência, aos serviços de saúde por apresentarem horários flexíveis de trabalho, ou mesmo pela atividade laboral exercida (MALERBI; FRANCO, 1992; TORQUATO et al., 2003).

A amostra do presente estudo foi caracterizada por pacientes com 60 anos ou mais (58,1%), sendo que a média de idade foi de 61,83 anos, como se espera no ambulatório de DM2, levando em conta o conhecimento da doença. Além disso, 46% (n=57) dos pacientes com DM2 possuem de 5 a 10 anos de diagnóstico e  $\geq 10$  anos em 54% (n=67). O tempo de diagnóstico de no mínimo de 5 anos foi convencionado pela equipe, partindo da premissa que seria o tempo necessário de experiência com a doença e enfrentamento da mesma.

Com relação à atividade laboral, 36,3% dos indivíduos são aposentados, 60,5% recebem entre 1,5 e 3 salários mínimos com classe socioeconômica classificada como C (60,5%). A baixa renda informada está vinculada aos meios de obtenção da mesma, ou seja, os pacientes não apresentam vínculo empregatício ou dependem da aposentadoria, como demonstrado por Otero; Zanetti; Teixeira (2007); Lima et al. (2016), apresentando resultados semelhantes, sendo aposentados 42,8% e 59,8%, respectivamente. Segundo a renda, Gregghi; Pascon, (2016); Lima et al. (2016), apontam que 48,3% apresentam renda de 1,1 a 2 salários mínimos e 31,9 % abaixo de 1 salário mínimo, respectivamente.

Em nossa casuística, 57,3% (n=71) dos pacientes com DM2 possuem de 0 a 8 anos de estudos, ensino fundamental incompleto, dados esses relevantes, uma vez que a baixa escolaridade pode dificultar a leitura, a fala e mesmo a compreensão. Essas dificuldades podem interferir na aprendizagem quando são repassadas, pelos profissionais de saúde, instruções ou informações importantes para o auxílio do controle metabólico. Dessa forma, a escolaridade é um fator de grande relevância frente à complexidade das instruções, exigindo dos indivíduos



com DM2 maiores habilidades cognitivas (DOAK; DOAK; ROOT, 1995). Resultados semelhantes foram encontrados por Assunção et al. (2017) em seu estudo sobre o conhecimento e atitudes de pacientes com DM e por Lima et al. (2016), em sua pesquisa com fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com DM, constataram que o nível de escolaridade, mais frequente em sua amostra, foi o ensino fundamental incompleto presente em 51,8% e 47,4%, respectivamente.

Considerando o tratamento dos pacientes com DM2, como era de se esperar, 54% (n=67) utilizavam antidiabéticos orais e 34,7% (n=43) faziam uso de antidiabéticos orais associados à insulina. Com relação ao tempo de DM e a diminuição da produção de insulina pelas células  $\beta$ , faz-se necessário a inserção de insulina concomitante ao antidiabético oral, como demonstrado no estudo de López et al. (2017), sobre a prevalência de retinopatia em pacientes com DM2, em que foi encontrada uma porcentagem de 74% dos pacientes em uso de antidiabéticos orais e 22,7% de antidiabéticos orais associados a insulina.

As principais doenças associadas, encontradas no presente estudo, foram também as que se relacionam ao maior risco de doença cardiovascular como hipertensão (70,2%; n=87), dislipidemia (57,3%; n= 51) e hipotireoidismo primário (21%; n= 26). Trata-se de um dado esperado e semelhante a outros estudos da literatura (FARIA et al., 2014; WINKELMAN; FONTELA, 2014; LÓPEZ et al., 2017).

Para o efetivo controle do DM, além da análise das variáveis relacionadas às condições socioeconômicas e às doenças associadas, é essencial a avaliação constante dos exames referentes ao controle metabólico e perfil lipídico. Entretanto uma característica presente em pacientes com DM é a variabilidade glicêmica. Assim sendo, preferiu-se avaliar o controle glicêmico, retrospectivamente, num período de aproximadamente um ano, através da obtenção de médias aritméticas das variáveis que representam o controle glicêmico e lipídico. Ao se analisar a GJ, 25% (n= 31) dos pacientes apresentaram controle adequado e 75% (n=93) controle inadequado. A GPP e FRUTO apresentaram valores semelhantes, sendo 53% (n= 43) dos pacientes com controle adequado e 71% (n= 57) com controle inadequado. Embora as médias se apresentem além dos valores exigidos como metas de controle, a análise da Hb1Ac estratificada por idade demonstrou que 27,4% (n=34) dos pacientes apresentavam controle glicêmico adequado, permanecendo ainda um percentual considerável 47,6%(n= 93) de pacientes com controle inadequado.

Ao avaliar as médias de controle lipídico, a maioria dos pacientes se encontrava com perfil lipídico adequado segundo as metas do tratamento. Em relação ao COLT, 84,67% (n=105) dos indivíduos com DM2 apresentaram valores menores que 200 mg/dL e TGL, 53,22% (n= 66) menores que 150 mg/dL, ambos valores considerados desejáveis. No que se refere ao LDL-c, 70,16% (n=87) dos pacientes demonstraram valores menores que 100mg/dL e NÃO-HDL-c, 69,30% (n=86) valores menores que 130mg/dL, considerados ótimos. Por outro lado, quanto ao HDL-c, cerca de 78,22% (n=97) os pacientes apresentaram valores menores que 40mg/dL, considerados baixos.

Esperava-se que o controle glicêmico dos pacientes estivesse dentro dos padrões recomendados, considerando que os pacientes estavam em atendimento médico ambulatorial regular (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017). Este fato pode ser justificado pelo tempo de duração da doença, sendo que 54% dos participantes têm tempo de diagnóstico acima de 10 anos, e quanto maior o tempo de duração da doença maior a probabilidade de se ter um controle inadequado, devido à evolução progressiva do DM. Outros estudos apresentaram resultados concordantes para o mesmo grupo (ASSUNÇÃO et al., 2017; BERTOLDI et al., 2013; BRASIL, 2014).

Além disso, o controle do DM2 também é influenciado por barreiras externas, que limitam os indivíduos no cuidado com a doença. Dentre essas barreiras, podemos citar próprio Sistema Único de Saúde (SUS), que não oferece aos pacientes com DM2, para a monitorização da glicemia, glicosímetros e tiras reagentes, como também não disponibiliza insulina e algumas classes de antidiabéticos orais. O alto custo para obtenção de tais insumos são fatores bastante dificultadores para o controle da glicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015; VON GOELER et al., 2013). Outro fator, são as barreiras físicas, como os efeitos físicos do DM, as condições de saúde em longo prazo e a fraqueza impedem que os indivíduos possam realizar atividades físicas, que também auxiliam no controle do DM2. Vale ressaltar a presença de barreiras psicológicas como crenças, percepções negativas dos medicamentos, falta de motivação e, também, as barreiras educacionais como pouco conhecimento sobre a doença. Por fim, as barreiras sociais que constituem a falta de apoio familiar, as várias dificuldades no sistema, a falta de programas adequados para o suporte em como a falta de

recursos financeiros para adquirir alimentos adequados ao consumo. Todas essas barreiras desempenham um papel negativo no autocuidado do DM, dificultando, o controle glicêmico pelos pacientes (ALZUBAIDI et al., 2015; SHAKIBAZADEH et al., 2011).

Assim sendo, mesmo em face a inúmeras dificuldades, é importante manter o controle metabólico e lipídico dentro dos padrões recomendados, o que auxilia na prevenção de complicações associadas ao DM, ressaltando, também, que o acompanhamento pela equipe de saúde é imprescindível para o sucesso do tratamento (SHRIVASTAVA; SHRIVASTAVA; RAMASAMY, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

### **9.1.1 AFILIAÇÃO RELIGIOSA**

Outra variável considerada relevante foi a afiliação religiosa e, como se espera para a população brasileira, houve maior prevalência de afiliados à religião católica (62,9%; n=78), seguida pela religião espírita (19,4%; n=24) e pela evangélica (16,1%; n=20). Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, em comparação ao Censo de 2000, houve um crescimento expressivo da diversidade e distribuição religiosa no país. A afiliação religiosa católica, apresentou queda importante, mas ainda permanece 64,4%, principalmente nas regiões Nordeste e Sul, seguida da religião evangélica, 22,2%, elevada na região Norte. A religião espírita também aumentou de 1,3% para 2% na região Sudeste (BRASIL, 2013). Os dados do presente estudo diferem do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010, com relação ao segundo lugar, com predomínio da religião espírita e se considera que tais dados se justifiquem pela influência do médium Chico Xavier, que morou na cidade de Uberaba-MG, onde sua obra assistencial e literária repercutiu mais intensamente. De acordo com o site da Aliança Municipal Espírita de Uberaba ([ameuberaba.org.br](http://ameuberaba.org.br)), testemunhou-se a existência de 115 centros espíritas cadastrados na cidade de Uberaba-MG (BETARELLO, 2009).

## 9.2 AVALIAÇÃO DA R/E E *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL

Para avaliação da R/E, foram escolhidos dois instrumentos, validados para língua portuguesa como referidos. A escala de Duke foi escolhida pela fácil aplicabilidade, sendo uma das mais frequentes na literatura, gerando dados que poderiam ser comparáveis e a escala CRE-breve que, apresenta vários domínios e mensura o enfrentamento religioso em suas várias nuances.

### 9.2.1 Avaliação da R/E segundo DUREL

Quando se avaliou a amostra pela escala de Duke, os pacientes apresentaram elevados índices de RO ( $4,31 \pm 1,43$ ), RNO ( $4,68 \pm 1,22$ ), bem como de RI ( $13,90 \pm 1,94$ ). Tais dimensões avaliaram a frequência a serviços religiosos como o ato de orar, ler livros religiosos, além de mensurar o significado e o sentido da religiosidade em sua vida. Os escores obtidos, sugerem que os indivíduos com DM2, do presente estudo, caracterizam-se pela alta religiosidade tanto extrínseca quanto intrínseca.

Não foram encontrados, na literatura científica, trabalhos que avaliaram a R/E em pacientes com DM2, utilizando a escala de Durel e sendo, portanto, o presente estudo original, não há como comparar os dados obtidos com outros autores. Entretanto, Watkins et al. (2013) estudaram crenças e práticas religiosas em pacientes com DM2, através de um instrumento denominado *Systems of Belief Inventory (SBI)*. Segundo sua descrição, esse instrumento se divide em dois domínios: o primeiro chamado *SBI I* avalia crenças e práticas e o segundo domínio *SBI II* avalia o suporte social das comunidades religiosas às quais o paciente pertence. Os pacientes analisados relataram obtenção de efeitos positivos com o envolvimento em atividades religiosas, como preces e meditações e que se sentiram apoiados por sua comunidade religiosa como forma de enfrentamento da doença.

### 9.2.2 Avaliação do *coping* religioso-espiritual segundo CRE-breve

Como foi referido anteriormente, a R/E podem ser utilizadas pelos indivíduos como estratégias de enfrentamento no gerenciamento de situações estressantes e

doenças crônicas, que demandam cuidados constantes como na condição em estudo (KOENIG, 1998). Para a avaliação do *coping* religioso-espiritual em pacientes com DM2, o instrumento escolhido foi selecionado por apresentar praticidade de aplicação, por estar validado para português e por termos o consentimento dos autores que o validaram.

Os resultados obtidos utilizando a escala CRE-breve permitiram traçar um perfil de comportamento de *coping* apresentado pelos participantes. As estratégias de *coping* religioso-espiritual foram empregadas pelos indivíduos, que apresentaram escores elevados dos fatores CRET e CREP e escores baixos para CREN.

A utilização do CRET ( $3,67 \pm 0,36$ ), CREP ( $3,54 \pm 0,55$ ) foi elevada e os escores de utilização de CREN foram baixos ( $2,20 \pm 0,71$ ), verificando-se, assim, o predomínio da utilização de estratégias CREP e a relação CREN/CREP ( $0,62 \pm 0,18$ ) demonstra predomínio do CREP sobre o CREN. Não foram encontrados na literatura científica, trabalhos que avaliaram o enfrentamento da doença em pacientes com DM2, utilizando a escala CRE-Breve, de modo que os nossos dados são originais e não nos permitem comparação com outros autores. Sabe-se que outros autores utilizaram o *coping* religioso-espiritual na avaliação de outras doenças crônicas, no entanto não fizeram menção ao DM. Calíoper, 2015, em sua tese de doutoramento, analisou indivíduos em tratamento hemodialítico, utilizando a escala CRE-breve, reportando resultados similares aos do presente estudo, ou seja, seus pacientes apresentaram escores elevados de utilização do CRET ( $3,62 \pm 0,65$ ) e baixa na utilização do CREN ( $1,75 \pm 0,57$ ), sugerindo uma estratégia comum entre pacientes portadores de doenças crônicas. Da mesma forma Mesquita et al. (2013), estudaram pacientes com câncer, utilizando a escala CRE-breve e obtiveram escores elevados de utilização de CRET ( $3,67 \pm 0,37$ ) e CREP ( $2,58 \pm 0,67$ ) e baixo uso de utilização do CREN ( $1,19 \pm 0,26$ ).

O perfil das estratégias de CRE utilizadas pelos participantes foi traçado, apontando que as estratégias mais utilizadas para lidar com o DM2 foram os fatores de CREP como *posição positiva frente a Deus* (P4) ( $4,42 \pm 0,52$ ), *afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade* (P6) ( $3,90 \pm 0,90$ ) e *transformação de si e/ou de sua vida* (P1) ( $3,67 \pm 0,71$ ). Na estratégia, *posição positiva frente a Deus* (P4), os indivíduos procuram aproximar-se de Deus em busca de apoio para enfrentamento da doença. Na estratégia, *afastamento através de Deus, religião e/ou*

*espiritualidade* (P6), há a busca por Deus, pela religião e espiritualidade, que auxilia os indivíduos na aproximação com as questões religiosas e com Deus, gerando um afastamento temporário dos problemas, sem negar ou fugir dele. E no fator *transformação de si e/ou de sua vida* (P1), nota-se uma transformação pessoal dos pacientes com DM2, através do comportamento religioso e espiritual, alterando as atitudes e as circunstâncias pessoais de sua vida. Em relação aos fatores negativos, foram as estratégias que apresentaram escores de utilização mais baixos, indicando que são pouco utilizadas pelos pacientes com DM2.

### 9.3 AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE SEGUNDO A ESCALA DASS-21

Os pacientes com DM2, reconhecidamente, apresentam problemas emocionais como a depressão, ansiedade e estresse (UNANTENNE et al., 2013). Tal fato ocorre, porque, a doença induz a sentimentos negativos, deixando o indivíduo deprimido, ansioso e angustiado (UNANTENNE et al., 2013), e estas condições não são diagnosticadas pelo profissional de saúde responsável, em cerca de 35% a 70% dos casos (GHULOUM; BENER; BURGUT, 2010; VALENSTEIN et al., 2001). Entretanto, existem inúmeros instrumentos (BAPTISTA; GOMES, 2011; BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010; CASTRO et al., 2006; FREIRE et al., 2014; GIAVONI et al., 2008; PASSIK et al., 2001; SANTOS et al., 2013) de fácil aplicabilidade com a finalidade de propiciar um reconhecimento mais precoce de sintomas depressivos em nível ambulatorial e que permitem uma abordagem mais segura de depressão, estresse e ansiedade não claramente manifestas.

A escala DASS-21, selecionada para utilização no presente estudo, demonstrou ser um instrumento simples, de fácil aplicação, rápido e que dispensa a assistência psicológica, podendo ser sugerida a partir das indagações feitas aos pacientes, porém, na literatura, existe uma escassez de estudos que aplicaram a escala DASS-21 em pacientes com DM.

A escala DASS-21 revela os índices de depressão, estresse e ansiedade nos pacientes com DM2 e, assim sendo, as pontuações não são para diagnóstico, mas para indicar a presença dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Os escores de depressão foram classificados como depressão grave em 50,8% dos

pacientes com DM2; os sintomas de ansiedade classificados como normais a leves, estando presentes em 44,4% dos diabéticos; a ansiedade classificada como grave em 44,4% desses indivíduos, enquanto que o estresse grave foi verificado em 61,3% dos pacientes. Para comparação com o presente estudo, encontrou-se o trabalho de Bener et al. (2011) que, da mesma forma, buscou estabelecer a relação entre os sintomas de depressão, ansiedade, estresse e o DM em 889 pacientes com DM2, através da escala DASS-21. Reportou-se que 47,5% dos pacientes apresentavam-se normais ou com depressão leve, 38,9% demonstraram sintomas moderados e 13,6% graves. Os sintomas de estresse, classificados como leves, foram verificados em 27%, em 37,7% moderados e 35,3% graves. Quanto à ansiedade, 30% apresentavam-se normais ou com sintomas leves, 46,6% tinham sintomas moderados e 23,4% graves. Portanto, o estudo indicou que 52,5% dos pacientes apresentam sintomas depressivos, confirmando a associação entre os sintomas de depressão e DM2.

Embora a prevalência de depressão, ansiedade e estresse tenha sido maior, quando comparada ao estudo de Bener et al. (2011), tal discrepância não só pode ser explicada pela diferença entre o número de participantes dos dois estudos, como também por ocorrer em populações diferentes, sendo o de Bener et al. realizado no Qatar, onde há diferenças culturais e de hábitos de vida, o que vem repercutir na gravidade da doença entre essas populações.

Outros autores empregaram diferentes instrumentos para quantificar a depressão, estresse e ansiedade em pacientes com DM2. Marques; Sousa; Domingos (2012), empregando a escala Inventário de Depressão (BDI) e Inventário de Ansiedade (BAI), constataram a presença de sintomas mínimos a leves de depressão e ansiedade, ao passo que Kiani; Hesabi (2016), utilizando a Escala de Depressão de Beck, também confirmaram a associação entre os sintomas de depressão, ansiedade e estresse e o DM2. DOGRA et al. (2017), estudaram a magnitude da depressão em 250 pacientes com DM2, através da Escala de Depressão de Hamilton, sendo verificada a presença de sintomas depressivos em 56,8% dos pacientes. El Mahalli (2015), utilizando a Escala *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*, constatou que cerca de 49,6% dos pacientes com DM2 apresentaram sintomas de depressão, dados estes similares aos encontrados pelo presente estudo (50,8%). Tal fato, pode ser justificado pelo tempo

de duração do DM, ou seja, 54% dos participantes do nosso estudo possuem tempo de diagnóstico acima de 10 anos e a duração da doença é um preditor para o aparecimento de sintomas depressivos (BENSBA et al., 2014). Em vista disso, pode-se afirmar que há sim relação entre os sintomas de depressão, estresse e ansiedade com o DM e que o diagnóstico precoce desses sintomas auxiliaria na melhora dos resultados clínicos e diminuiria os custos com recursos utilizados para tratamento do DM (BENSBA et al., 2014).

#### 9.4 AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE R/E E CONTROLE METABÓLICO E LIPÍDICO

Ao se comparar as médias relacionadas ao controle glicêmico, segundo o escore de utilização de RO, não se observou diferença nas variáveis que mensuram controle glicêmico de curto prazo como GJ, GPP e de prazo intermediário (frutosamina), porém a variável que mensura controle glicêmico de longo prazo, que é a HbA1c, indicou diferença significativa no grupo RO, alta ( $8,3 \pm 1,6$ ) em relação ao grupo RO, baixa ( $7,6 \pm 1,3$ )  $p=0,019$ . Para fins de estudo deste comportamento entre RO e HbA1c, estratificamos os pacientes segundo valores de metas de Hb1Ac conforme a idade e comparamos novamente, todavia não obtivemos diferença significativa.

Da mesma forma, quando se analisou a RNO também não foram encontradas diferenças entre as variáveis, que expressam controle glicêmico de curto prazo e, também desta vez, a HbA1c e  $\Delta$ HbA1c não apresentaram diferenças significativa, tanto pela análise das médias quanto pela estratificação dos valores da HbA1c por metas de controle. Eis aí, a dificuldade em explicar a razão pela qual os pacientes com RO alta têm maiores níveis de HbA1c.

A RO está mensurando frequência às comunidades religiosas como igrejas, templos, centros religiosos, entretanto, como não há motivo claro para que isso interfira nas concentrações de HbA1c, esse fator deve ser considerado como um epifenômeno, por não apresentar razões evidentes, e a estratificação por metas de controle demonstrou, similarmente, que não existe relação entre valores médios de HbA1c, RO e RNO. Face aos resultados, é possível concluir que fica mais fácil entender o dado negativo, ou seja, não haver relação entre RO ou RNO com as



variáveis de controle metabólico, que são mais dependentes de adesão ao tratamento ou da própria adequação do tratamento empregado. Uma dificuldade seria o fato de o instrumento Durel não ser capaz de mensurar adequadamente a realidade. Como se trata de uma escala que não apresenta dados semelhantes na literatura para comparação, a sugestão do presente estudo é que se empregue outras escalas com a mesma finalidade.

Newlin et al. (2008) estudaram R/E em 109 mulheres afro-americanas, empregando o instrumento denominado *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS), que avalia duas dimensões, sendo *Religious Well-Being* (RWB) com a finalidade de mensurar a relação pessoal e indireta com Deus e outro domínio *Existential Well-Being* (EWB) que avalia a percepção do sentido da vida, significado e satisfação, mas sem referência à religião. Os autores avaliaram os escores obtidos e suas relações com o controle glicêmico expresso em concentrações de HbA1c, além de outras variáveis sociodemográficas e do tratamento do DM2. A análise multivariada indicou que os escores RWB (relacionados a religiosidade) e EWB (relacionados a espiritualidade) apresentavam uma relação direta com o controle glicêmico.

No estudo reportado por How; Ming; Chin (2011), os autores verificaram se poderia haver influência da afiliação religiosa sobre o controle da glicemia nos pacientes com DM2, utilizando a escala *Beliefs and Values* (BV) que avalia a religiosidade de pessoas de diferentes etnias, origens sociais e afiliações religiosas. Participaram do estudo, 188 pacientes com DM2, de diferentes segmentos religiosos como o hinduísmo, budismo, cristianismo e muçulmanos. Os resultados indicaram que as pessoas com maior religiosidade apresentaram melhores controles glicêmicos e os pacientes que frequentavam as igrejas possuíam melhor controle glicêmico comparado a outras religiões.

Ao se comparar as médias relacionadas ao controle lipídico, segundo os escores de utilização de RO e RNO não se observou diferenças em relação às variáveis COLT, LDL-c e NÃO-HDL-c, entretanto, ao se analisar concentrações médias de TGL, verificou-se que no grupo caracterizado por RO baixa, as diferenças foram maiores e significantes em relação ao RO alta ( $187,9 \pm 96,1$  vs  $149,4 \pm 62,7$ )  $p= 0,027$ . Quanto à RNO observaram-se diferenças significantes apenas nas concentrações médias de HDL-c que foram maiores e significantes na RNO alta ( $51,1 \pm 16,3$  vs  $43,7 \pm 12,0$ )  $p = 0,024$ . Estes dois dados são interessantes e sugerem

que a RO tem associação positiva com as concentrações de TGL, enquanto que a RNO apresenta associação positiva com as concentrações de HDL-c, sendo ambas as características desejáveis no DM2, isto é, concentrações de TGL mais baixas e de HDL-c mais elevadas, e que vem sendo relacionadas na literatura como fatores de risco cardiovascular. De forma geral, como foi expresso na tabela 12, a maioria dos pacientes se encontrava com perfil lipídico adequado segundo metas do tratamento, em uso de medicação específica, que se mostrou efetiva em 57,3% (n= 51) dos pacientes.

Conforme o referido anteriormente, na literatura não encontramos estudos que utilizaram o mesmo instrumento em pacientes com DM2. Entretanto, Feinstein et al. (2010), avaliaram a relação da religiosidade com fatores de risco cardiovasculares incluindo diabetes, hipertensão, tabagismo, perfil lipídico, obesidade, e eventos cardiovasculares em 5474 pacientes, utilizando um instrumento denominado *The daily spiritual experiences scale* e não se observou relação entre tais fatores e religiosidade. Outros autores vinham associando maior religiosidade com a melhora da saúde geral e diminuição de riscos para doença cardiovascular (BERNTSON et al., 2008; CHIDA; STEPTOE; POWELL, 2009; LUCCHESI; KOENIG, 2013; NADARAJAH; BERGER; THOMAS, 2013).

Ao se avaliar a RI, as médias das variáveis, que expressam controle glicêmico de curto prazo bem como o perfil lipídico, foram comparadas segundo os escores obtidos. Não foram encontradas diferenças significantes na GJ, GPP, Hb1Ac e nas variáveis COLT, LDL-c, HDL-c, NÃO-HDL-c e TGL. Quando se avaliaram variáveis de controle metabólico de prazo intermediário (frutosamina), observou-se que a média de FRUTO foi significativamente maior no grupo RI alta ( $322,5 \pm 74,6$ ) em relação ao grupo RI baixa ( $306,8 \pm 84,6$ )  $p=0,045$  o que sugere que a RI mais do que a R/E auxiliam no controle glicêmico de prazos intermediários e que a variável FRUTO é mais sensível em detectar associação com escores de RI. Como se trata de uma escala que não apresenta dados semelhantes na literatura para comparação a sugestão do presente estudo é que se empregue outras escalas com a mesma finalidade.

Assim, pode-se notar que a religiosidade é uma fonte de apoio para as pessoas que estão convivendo com situações estressantes e, segundo (MOREIRA-

ALMEIDA et al., 2010), esse fato pode ser um fator que justifica a alta RO, RNO, RI, nos pacientes com DM2 do presente estudo. Além disso, Moreira-almeida et al. (2010), descreve que as pessoas com maior idade podem possuir uma alta religiosidade comparada aos adultos e aos jovens e a maioria dos pacientes avaliados se encontrava acima de 60 anos de idade.

#### 9.5 COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE CONTROLE GLICÊMICO E PERFIL LIPÍDICO SEGUNDO A ESCALA CRE-BREVE

Ao se comparar as médias relacionadas ao controle glicêmico, segundo o escore de utilização do CREP, não se observou diferença significativa nas variáveis que mensuram o controle glicêmico como GJ, GPP, FRUTO e HbA1c. Entretanto, na avaliação do CRET, observou-se que a média do  $\Delta$ HbA1c foi significativamente maior no grupo CRET baixo- médio ( $1,8 \pm 1,2$ ) em relação ao grupo CRET alto-altíssimo ( $1,4 \pm 1,1$ )  $p=0,058$ , sugerindo maior variabilidade glicêmica no grupo com baixa utilização do CRET. JUN et al., 2015, em estudo com DM2, reportaram que quanto maior a  $\Delta$ HbA1c, maior o risco dos pacientes apresentarem complicações microvasculares como a neuropatia. A estabilidade glicêmica também é um fator protetor contra complicações e estratégias que possam diminuir a variabilidade glicêmica são de extrema necessidade. Um dado do presente estudo reforça esse pensamento, posto que a redução dos escores de depressão e estresse também se correlacionaram positivamente com o  $\Delta$ HbA1c.

Com relação ao perfil lipídico, observou-se que a média de HDL-c foi significativamente maior no grupo CREP alto-altíssimo ( $52,9 \pm 16,1$ ) em relação ao grupo CREP baixo-médio ( $46,7 \pm 15,2$ )  $p=0,003$ . O mesmo dado foi encontrado quando se avaliou RNO segundo a escala de Durel, sugerindo que o CREP pode ser usado como estratégia capaz de elevar os níveis de HDL-c, que é um fator protetor, auxiliando na prevenção de doenças cardiovasculares (ADIELS et al., 2008; EMERGING RISK FACTORS COLLABORATION et al., 2009; HOVINGH; RADER; ANDHEGELE, 2015; SPARKS; SPARKS; ADELI; 2012).

Por outro lado, não se observou quaisquer diferenças significativas ao se comparar as médias de controle glicêmico e perfil lipídico, segundo os grupos de CREN baixo-médio e alto-altíssimo. Consoante o que foi anteriormente mencionado,

as pessoas com DM2 apresentam enfrentamento da doença relacionado aos valores positivos da crença e ainda que as variáveis relacionadas ao controle glicêmico e lipídico não expressem, unanimemente, um benefício, não seria esperado que o CREN exercesse qualquer papel na análise em grupo, ainda que, individualmente, uma minoria de pacientes (5,64%, n= 7) tenha apresentado esta característica.

Além disso, a redução da vulnerabilidade perante a doença, através de enfrentamento positivo das dificuldades impostas pelas necessidades de controle metabólico cada vez mais estrito, pode auxiliar no autocuidado como práticas de atividade física, alimentação mais saudável, que sabidamente melhoram concentrações de TGL, concentrações de HDL-c, FRUTO,  $\Delta$ HbA1c, tal qual o presente estudo demonstra (KOENIG et al., 2014; PANZINI; BANDEIRA, 2007; PEYROT; RUBIN, 1999; STEWART et al., 2013;).

Assim, no presente estudo, a prática religiosa contribuiu para a utilização de *coping* religioso-espiritual, como forma de enfrentamento do DM2, apresentando escores altos de utilização principalmente do CREP em relação ao CREN, dado que se corrobora com os estudos de Lee; Nezu; Nezu (2014); Melaggi (2009) em pacientes com HIV/AIDS, que também é uma doença crônica, embora com diferenças acentuadas da condição das que estudamos. Em se tratando de um estudo original, não encontramos dados na literatura para comparação.

## 9.6 COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE CONTROLE GLICÊMICO E PERFIL LIPÍDICO SEGUNDO ESCALA DASS-21

Pode ser observado na tabela 14 que consideráveis percentuais de pacientes apresentaram depressão, estresse e ansiedade de gravidade moderada a grave, indicando o DM2 como uma condição capaz de interferir na qualidade de vida como outros autores têm reportado (FARIA et al., 2013; KAUR et al., 2013; PALIZGIR; BAKHTIARI; ESTEGHAMATI, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). A aplicação de um instrumento, que avalia depressão, ansiedade e estresse, associado a instrumentos de avaliação de R/E e *coping* religioso-espiritual, segue um modelo prévio postulado por Koenig et al. (2014), mediante o qual maior R/E reduz depressão, ansiedade e estresse e seria esta a via pela qual a R/E interferiria no sistema imunológico e endócrino.

Efetuada a comparação das médias relacionadas ao controle glicêmico, segundo o nível de severidade do estresse, não se observou diferença significativa nas variáveis que mensuram controle glicêmico como GJ, GPP, FRUTO e HbA1c. Entretanto, na avaliação, observou-se que a média do  $\Delta$ HbA1c foi, estatisticamente, maior no grupo classificado com ansiedade grave ( $1,90 \pm 1,30$ ) em relação ao grupo classificado como ansiedade normal a leve ( $1,21 \pm 1,1$ )  $p= 0,008$ . O grupo com ansiedade grave possui médias maiores de  $\Delta$ HbA1c, fato este, que ocorre pela falta de autogestão da GJ, podendo resultar em episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, contribuindo para o aumento, não só da depressão, mas também da ansiedade. Além disso, a  $\Delta$ HbA1c pode trazer riscos como as doenças microvasculares e interferência no funcionamento psicológico (HIRSCH, 2005; RAUSCH 2010).

Penckofer et al. (2012), no seu estudo, em mulheres com DM2, verificou-se que maior  $\Delta$ HbA1c poderia afetar o humor, levando a sintomas de ansiedade e depressão. Os resultados apontam que os indivíduos, os quais apresentaram maior  $\Delta$ HbA1c, indicaram a presença de sintomas de depressão e ansiedade. Vale ressaltar que a presença dos sintomas de ansiedade e depressão podem afetar também o autocuidado e a qualidade de vida desses pacientes.

Em relação às médias do perfil lipídico, quando comparadas segundo o nível de severidade do estresse, não se observou diferença significativa nas variáveis que mensuram controle lipídico como COLT, LDL-c, NÃO-HDL-c e TGL. Pôde-se observar também que a média de HDL-c foi estatisticamente maior no grupo classificado com estresse normal a leve ( $51,5 \pm 17,0$ ) do que no grupo classificado como estresse moderado ( $41,0 \pm 7,6$ )  $p= 0,020$ . Mais uma vez, constata-se que são escassos na literatura estudos que apresentem dados semelhantes para comparação. Assim, o dado encontrado pode ser explicado, pela utilização de CREP como estratégias capazes de auxiliar no enfrentamento dos momentos estressores, com os quais o paciente tem que lidar, como fatores psicossociais e fisiológicos. Desse modo, as estratégias de CREP podem ser capazes de elevar os níveis de HDL-c, que é um fator protetor e auxilia na prevenção de doenças cardiovasculares, exercendo uma série de efeitos, potencialmente benéficos nas células, como ações antiaterogênicas no endotélio e antidiabetogênicas nas células  $\beta$  do pâncreas

endócrino, inibindo a morte celular e aumentando a secreção de insulina estimulada pela glicose (VON ECKARDSTEIN; SIBLER, 2011; RAYNER; MOORE, 2014).

### 9.7 CORRELAÇÃO ENTRE ESCALA DUREL, CRE-BREVE E DASS-21

Ao correlacionar os escores RO, RI, CREP, CRET, CREN/CREP, de depressão e de estresse com as variáveis sociodemográficas e o tempo de diagnóstico do DM, não se observou associação significativa dentre essas variáveis. A RNO mostrou associação positiva muito fraca com a idade ( $r = 0,194$ ;  $p = 0,031$ ), demonstrando que quanto maior é a idade maior é RNO. Este dado é esperado, pois a amostra do presente estudo é caracterizada por pacientes com 60 anos ou mais (58,1%) e devido ao processo de envelhecimento, os indivíduos apresentam outros problemas de saúde, tais como redução da acuidade visual e dificuldades locomotoras, o que impede o comparecimento aos templos, igrejas, comunidades e serviços religiosos.

Por consequência, a RNO, como atividades religiosas individuais, englobando preces, meditação, orações e leitura de textos religiosos passam a ser realizadas, com maior regularidade, em casa por esses pacientes, o que torna a RNO mais frequente com o aumento da idade. Segundo Lindolfo; Sá; Robers (2009), indivíduos acima de 65 anos possuem mais comportamentos e atitudes religiosas que adultos jovens, evidenciando a importância da R/E nessa fase da vida, como fonte de apoio para os pacientes com DM2 no enfrentamento da doença.

No que concerne à variável CREN, ao correlacionar-se com anos de estudo, apresentou uma associação inversa fraca ( $r = - 0,201$ ;  $p = 0,025$ ), indicando que quanto menor é a escolaridade, maior é o uso de fatores negativos. Reafirmando o anteriormente mencionado, as pessoas com DM2 apresentam enfrentamento da doença relacionado aos valores positivos da crença. O CREN foi pouco utilizado pelos pacientes, mas o uso desses valores se dá pelos fatores estressores, vivenciados por esses indivíduos todos os dias. Ainda assim, a baixa escolaridade é considerada um fator estressor, pois as dificuldades com a leitura, com a aprendizagem e os obstáculos para compreender as instruções repassadas para o tratamento são fatores que aumentam os níveis de sofrimento psíquico e induzem à utilização de fatores negativos, levando ao afastamento de Deus.

Quando correlacionados os escores de religiosidade e *coping* religioso-espiritual, não se observou associação significativa entre as dimensões de religiosidade com CREN, CREN/CREP, depressão, ansiedade e estresse. Todavia, o CREP apresentou associação significativa fraca a moderada com todas as dimensões de religiosidade observadas, RO ( $r = 0,415$ ;  $p = 0,000$ ); RNO ( $r = 0,328$ ;  $p = 0,000$ ); RI: ( $r = 0,290$ ;  $p = 0,001$ ). O CRET apresentou correlação significativa muito fraca a fraca com as três dimensões de religiosidade avaliadas RO ( $r = 0,190$ ;  $p = 0,035$ ); RNO ( $r = 0,234$ ;  $p = 0,009$ ); RI: ( $r = 0,231$ ;  $p = 0,010$ ). As associações do CRE com as dimensões de religiosidade comprovam que os indivíduos utilizam o CREP para o enfrentamento do DM2, através de orações, participações em grupos religiosos e confiança no Ser Superior, confirmando que quanto mais o indivíduo vivencia sua religião, mais positivamente ocorre o enfrentamento da doença.

Em relação ao estresse e ansiedade foram observadas correlações positivas de fraca a muito fraca com o IMC, ( $r = 0,177$ ;  $p = 0,049$ ), ( $r = 0,221$ ;  $p = 0,013$ ), respectivamente. Esses resultados apontam, que quanto maior o estresse e a ansiedade maior o IMC. Tal fato é justificado pelos fatores psicológicos, ou seja, estresse e ansiedade contribuem para o aumento da ingestão calórica diária, levando à obesidade. Além de que, a associação da obesidade com a baixa autoestima, problemas socioeconômicos e sociais influenciam a autoestima, aumentando os sintomas de estresse e ansiedade. Esse dado corrobora o estudo de Roupa et al. (2009), que verificou a presença de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com DM2 e sua relação com IMC. Os resultados revelam uma maior taxa de ansiedade e depressão nos indivíduos com maior IMC. Ainda assim, um estado psicológico melhorado e menor ansiedade contribuem significativamente para a melhoria dos parâmetros clínicos.

Contudo, verificamos se há correlação entre a depressão, estresse e ansiedade com os parâmetros de controle metabólico, a fim de constatar a interferência desses sintomas sobre o DM. Ao correlacionar as médias dos dados que representam o controle metabólico e perfil lipídico com o nível de depressão, estresse e ansiedade, as variáveis HbA1c, FRUTO, COLT, HDL-c, LDL-c, NÃO-HDL-c e TGL não apresentaram associação significativa com o referido nível de depressão, estresse e ansiedade. A associação positiva fraca ocorreu entre a depressão, estresse e ansiedade com o  $\Delta$ HbA1c ( $r = 0,219$ ;  $p = 0,015$ ); ( $r = 0,172$ ;  $p$

= 0,055), ( $r = 0,322$ ;  $p = 0,000$ ), respectivamente. Esses resultados são esperados, visto que foi constatada a presença de sintomas depressivos, de estresse e ansiedade nos pacientes, além do aumento  $\Delta\text{HbA1c}$  o que pode acentuar esses sintomas, como foi mencionado anteriormente.

Ravona-Springer et al. (2017), em 837 indivíduos com DM2, analisaram a relação da  $\Delta\text{HbA1c}$  com o aparecimento de sintomas depressivos ao longo dos anos e foi constatado que a  $\Delta\text{HbA1c}$ , a longo prazo, está associada a sintomas de depressão, além de apresentar maiores riscos de complicações microvasculares e macrovasculares, sendo enfatizado, ainda, que o melhor controle glicêmico poderá prevenir os sintomas da depressão.

Com relação à ansiedade, apresentou associação positiva com as médias relacionadas à GJ, GPP ( $r = 0,215$ ;  $p = 0,017$ ); ( $r = 0,232$ ;  $p = 0,009$ ), respectivamente. Este dado é justificado pelo aumento da ansiedade que contribui para a hiperglicemia, através da ativação do sistema nervoso simpático e do hipotálamo. Além do mais, os sintomas de ansiedade podem aumentar devido a sentimentos de ameaça e perda relacionada ao diagnóstico, mudanças no estilo de vida e a presença de complicações relacionadas ao mau controle glicêmico, fator que irá interferir no autocuidado, levando à dependência de medicamentos e dificuldades de adesão ao tratamento (LARIJANI et al., 2004).

No estudo de Balhara; Sagar (2011), verificou-se a correlação da ansiedade e depressão em pacientes com DM2. Foi constatada a correlação entre ansiedade e os níveis de GPP, sugerindo que a qualidade do cuidado e nível de controle do DM podem ser preditores da ocorrência de transtorno de ansiedade nos pacientes com DM2. Dessa forma, a associação da ansiedade com DM2 pode prejudicar o cuidado e piorar o prognóstico.

Assim, com os achados do estudo, foi possível constatar a relevância da R/E na vida dos pacientes e a prática religiosa contribuiu para a utilização de *coping* religioso-espiritual como forma de enfrentamento do DM2. Entretanto, a presença de sintomas de depressão, estresse e ansiedade foram relacionadas ao tempo de duração da doença e ao mau controle glicêmico. Vale ressaltar que o controle glicêmico e lipídico depende da adesão e adequação do tratamento empregado ou podendo mesmo ser influenciado por barreiras externas, que limitam os indivíduos no cuidado com a doença.



Como se trata de um estudo original há escassez de trabalhos na literatura para comparar com o presente estudo. Outros trabalhos têm dado destaque a R/E em outras doenças crônicas e ligadas ao bem-estar, suporte social e qualidade de vida. Entretanto, torna-se evidente a preocupação em abordar a questão religiosa junto aos pacientes e não somente no âmbito da pesquisa. Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas acerca do tema e a padronização de instrumentos que auxiliem na avaliação da R/E, em pacientes com DM2, a fim de verificar outros efeitos que a mesma possa desempenhar nesse grupo, aumentando a contribuição nessa área.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, observou-se a relevância da R/E no enfrentamento do DM2. Verificou-se, também, que os participantes possuem alta R/E e a mesma foi utilizada de forma positiva pelos indivíduos, na busca de apoio para lidar com a doença, reforçando o papel do CREP. Assim sendo, as crenças e as práticas religiosas auxiliam na adaptação às situações estressantes, representando uma fonte de apoio ou suporte para o enfrentamento.

A partir da escala CRE-breve, conseguimos traçar o perfil dos pacientes com DM2, verificando que as estratégias mais utilizadas para lidar com o DM2 foram os fatores de CREP, havendo a busca por Deus, pela religião e espiritualidade, além da transformação pessoal, através do comportamento religioso e espiritual, em busca do afastamento temporário dos problemas, sem negar ou fugir do mesmo. Assim, percebemos que os pacientes com DM2 atribuem à espiritualidade um importante papel na busca por Deus, na esperança de que se possa encontrar um auxílio para o enfrentamento da doença.

Podemos afirmar que, ainda que o paciente com DM2 possua alta RO e RNO, a R/E não poderá influenciar no controle glicêmico, visto que o controle do DM2 é influenciado por barreiras internas e externas, que limitam os indivíduos no cuidado com a doença. Vale ressaltar, ainda, que o maior tempo de duração do DM2, aumenta a probabilidade de se ter um controle inadequado, o que pode ser justificado pela evolução progressiva da doença. Entretanto, a RI mais do que R/E, auxilia no controle glicêmico de prazos intermediários e que a variável FRUTO foi a mais sensível em detectar associação com escores de RI.

Quanto ao controle lipídico, algumas variáveis apresentaram associação positiva com RNO e RO, sendo as concentrações de HDL-c mais elevadas e TGL mais baixas, respectivamente. Esse fato comprova que a R/E pode auxiliar na adequação de comportamentos saudáveis, como práticas de atividade física e alimentação adequada, o que irá influenciar no controle lipídico. Como não encontramos estudos com mesmo instrumento em pacientes com DM2 para comparar com nossos dados, sugere-se a aplicação do mesmo instrumento em outra população com DM2 para confirmar os dados encontrados.

Com relação ao aparecimento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, as pontuações indicaram a presença de depressão grave, ansiedade variando de leve a grave e estresse grave. Ao correlacionar esses sintomas com as variáveis de controle glicêmico, percebeu-se que  $\Delta\text{HbA1c}$ , a longo prazo, pode acentuar a depressão, a ansiedade e o estresse. Além disso, a GJ e GPP apresentaram correlação positiva com ansiedade, indicando que a ansiedade é um preditor para a hiperglicemia. Contudo, os sentimentos relacionados ao diagnóstico, a mudanças no estilo de vida e a presença de complicações relacionadas ao mau controle glicêmico contribuem para o aumento da depressão, da ansiedade e do estresse.

Este estudo apresentou limitações durante a coleta de dados, pois os pacientes não possuíam conhecimento acerca da definição de espiritualidade e acreditavam, em um primeiro momento, que se referia somente à religião espírita, o que trouxe certa resistência para a participação na pesquisa. Durante a aplicação dos instrumentos, em seu conjunto, o processo tornou-se extenso, ressaltando a escala CRE-breve, que exige um tempo maior para seu preenchimento, tornando cansativo o tempo de espera para atendimento ambulatorial.

No que se refere aos instrumentos, a escala de Duke, que mensura a R/E, é um instrumento breve, de fácil aplicação, mas que pode não ter representado a realidade, após a análise de dados referentes ao controle metabólico. O instrumento CRE-breve apresenta questões profundas, estimulando os sentimentos e possuem questões mais evasivas e repetidas, tornando cansativo o seu preenchimento. O instrumento DASS-21 apenas identifica a presença dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, sendo necessários outros instrumentos ou mesmo uma avaliação médica para diagnóstico desses três fatores: depressão, estresse e ansiedade.

Apesar das limitações apresentadas, o presente estudo é o pioneiro em relatar as relações de R/E, *coping* religioso-espiritual, depressão, estresse e ansiedade em pacientes com DM2. Como se trata de um estudo que não apresenta dados semelhantes na literatura, para comparação, a sugestão é que se empreguem outras escalas, com a mesma finalidade e com mesmo grupo, a fim de avaliar os efeitos e a relação da R/E, do *coping* religioso-espiritual e dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade nesses pacientes.

## 11 CONCLUSÃO

A seguir serão apresentadas as conclusões deste estudo, segundo os objetivos propostos.

- Ao avaliar as médias de controle glicêmico, a maioria dos pacientes se encontrava com perfil glicêmico inadequado e, em relação às médias de controle lipídico, encontravam-se adequados segundo metas de tratamento.
- Ao mensurar a R/E, através da escala de Duke, observou-se que os pacientes apresentaram elevados índices de RO, RNO e RI, o que representa a alta frequência a serviços religiosos como o ato de orar, ler livros religiosos, além de mensurar o significado e o sentido da religiosidade em sua vida. Dessa forma, esses dados sugerem que os indivíduos com DM2 estudados se caracterizam pela alta religiosidade tanto extrínseca quanto intrínseca.
- Quando comparadas a RO com as variáveis que mensuram controle glicêmico, não se observou diferença com as variáveis de curto prazo como GJ, GPP e FRUTO e com a de longo prazo Hb1Ac. Da mesma forma, quando se analisou a RNO, também não foram encontradas diferenças entre as variáveis que expressam controle glicêmico de curto e longo prazo.
- Ao comparar a R/E com as variáveis que mensuram controle lipídico, segundo os escores de utilização de RO e RNO, não se observou diferenças em relação às variáveis COLT, LDL-c HDL-c e não-HDL-c. Entretanto, houve associação positiva de RO nas concentrações de TGL, enquanto que a RNO apresenta associação positiva nas concentrações de HDL-c, sendo as características desejáveis no DM2.
- Quando comparados os escores de RI com as médias das variáveis, que expressam controle glicêmico, bem como o perfil lipídico, não foram encontradas diferenças significantes na GJ, GPP e nas variáveis COLT, LDL-c, HDL-c e TGL. Ao se avaliar variáveis de controle metabólico de prazo intermediário (frutosamina) e de longo prazo (HbA1c), observou-se que RI mais do que R/E auxilia no controle glicêmico de prazos intermediários e que a variável FRUTO é mais sensível em detectar associação com escores de RI.

- Com relação ao *coping* religioso-espiritual, avaliado a partir de escala CRE-Breve, permitiu traçar um perfil de comportamento de *coping* apresentado pelos participantes. As estratégias de *coping* religioso-espiritual foram empregadas pelos indivíduos, que apresentaram escores elevados dos fatores CRET e CREP e escores baixos para CREN. O perfil das estratégias de CRE, utilizadas pelos participantes foi traçado, apontando as estratégias mais utilizadas para lidar com o DM2, sendo os fatores de CREP como *posição positiva frente a Deus, afastamento através de Deus religião e/ou espiritualidade e transformação de si e/ou de sua vida*.
- Às médias relacionadas ao controle glicêmico, comparadas, segundo o escore de utilização do CREP, não apresentaram diferença significativa nas variáveis que mensuram controle glicêmico como GJ, GPP, FRUTO e HbA1c. Na avaliação do CRET, observou-se que a média do  $\Delta$ HbA1c foi significativamente maior no grupo CRET baixo-médio, sugerindo maior variabilidade glicêmica no grupo com baixa utilização do CRET. Com relação ao perfil lipídico, observou-se que a média de HDL-c foi significativamente maior no grupo CREP alto-altíssimo.
- Não se observaram quaisquer diferenças significativas ao se comparar as médias de controle glicêmico e perfil lipídico, segundo os grupos de CREN baixo-médio e alto-altíssimo.
- Ao se verificar os níveis de depressão, ansiedade estresse, através da escala DASS-21, as pontuações indicaram a presença de depressão grave, ansiedade variando de leve a grave e estresse grave.
- Ao se comparar as médias relacionadas ao controle glicêmico segundo o nível de severidade do estresse, não se observou diferença significativa nas variáveis que mensuram controle glicêmico como GJ, GPP, FRUTO e HbA1c. Todavia, na avaliação, observou-se que a média do  $\Delta$ HbA1c foi, estatisticamente, maior no grupo classificado com ansiedade grave em relação ao grupo classificado como ansiedade normal a leve.
- Em relação às médias do perfil lipídico, comparadas, segundo o nível de severidade do estresse, não se observou diferença significativa nas variáveis que mensuram controle lipídico como COLT, LDL-c, NÃO-HDL-c e TGL. Observou-se, no entanto, que a média de HDL-c foi, estatisticamente, maior

no grupo classificado com estresse normal a leve do que no grupo classificado como estresse moderado.

- Analisando as correlações entre os escores de RO, RI, CREP, CRET, CREN/CREP, depressão e estresse, com as variáveis sociodemográficas e o tempo de diagnóstico do DM, não se observou associação significativa entre essas variáveis. A RNO mostrou associação positiva muito fraca com referência à idade. Em relação a variável CREN, ao correlacionar com anos de estudo, apresentou uma associação inversa fraca.
- Quando correlacionados os escores de religiosidade e *coping* religioso-espiritual, não se observou associação significativa com as dimensões de religiosidade com CREN, CREN/CREP, depressão, ansiedade e estresse. No entanto, o CREP apresentou associação significativa fraca a moderada com todas as dimensões de religiosidade observadas, RO, RNO e RI. O CRET apresentou correlação significativa muito fraca a fraca com as três dimensões de religiosidade avaliadas RO, RNO e RI.
- Em relação ao estresse e ansiedade foram observadas correlações positivas de fraca a muito fraca com o IMC.
- A correlação entre a depressão, estresse e ansiedade apresentou associação positiva com as médias relacionadas à GJ e GPP. Além disso, houve associação positiva fraca, entre a depressão, estresse e ansiedade com o  $\Delta\text{HbA1c}$ .

## 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, Jun. 2017.

ADIELS, Martin et al. Overproduction of very low-density lipoproteins is the hallmark of the dyslipidemia in the metabolic syndrome. **Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology**, v. 28, n. 7, p. 1225-1236, Jul. 2008.

AL-AMER, Rasmieh et al. Diagnosis of type 2 diabetes: the experience of Jordanian patients with co-existing depression. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 36, n. 3, p. 231-238, Mar. 2015.

ALBERTI, K. George M. M.; ZIMMET, Paul Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. **Diabetic Medicine**, v. 15, n. 7, p. 539-553, Jul. 1998.

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.

ALZUBAIDI, Hamza et al. Barriers and enablers to healthcare access and use among Arabic-speaking and Caucasian English-speaking patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative comparative study. **BMJ Open**, v. 5, n. 11, Nov. 2015. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/11/e008687.full.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

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

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v.38, suppl. 1, p. S8-S16, Jan. 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **The Journal of Clinical and Applied Research and Education**, v. 40, suppl. 1, p. S1-S135, Jan. 2017.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon.; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco.; BANDEIRA, Denise Ruschel. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 3, n. 2, p. 273-294, dez. 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Brasil 2016**. 2016. Disponível em: <[www.abep.org](http://www.abep.org)>. Acesso em: 14 nov. 2017

ASSOCIAÇÃO MÉDICO ESPÍRITA. **Aliança Municipal Espírita de Uberaba**. 2017. Disponível em: <<http://www.ameuberaba.org.br/>>. Acesso em: 22 dez 2017.

ASSUNÇÃO, Suelen Cordeiro et al. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, Nov. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000400238&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400238&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 9 dez. 2017.

BALHARA, Yatan Pal Singh; SAGAR, Rajesh. Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 15, suppl. 1, p. S50-S54, Jul. 2011.

BAPTISTA, Makilim Nunes; GOMES, Juliana Oliveira. Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, p. 151-161, maio/ago. 2011.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares; NÉRI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 13-22, abr. 2010.

BENER, Abdulbari; AL-HAMAQ, Abdulla O. A. A.; DAFEEAH, Elnour E. High prevalence of depression, anxiety and stress symptoms among diabetes mellitus patients. **The Open Psychiatry Journal**, v. 5, p. 5-12, Dec. 2011.

BENSBAA, Salma et al. Clinical assessment of depression and type 2 diabetes in Morocco: economical and social components. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, v. 5, n. 3, p. 250-253, Jul. 2014.

BERNTSON, Gary G. et al. Spirituality and autonomic cardiac control. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 35, n. 2, p. 198-208, Apr. 2008.

BERTOLDI, Andréa et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. **Globalization and Health**, v. 9, n. 62, p. 1-12, Dec. 2013. Disponível em: <<http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/62>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BETARELLO, Jeferson. Unir para difundir: o impacto das federativas no crescimento do espiritismo. 2009. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

BHANDARY, Bhagyashree; RAO, Satheesh; SANAL, T. S. The effect of perceived stress and family functioning on people with type 2 diabetes mellitus. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 7, n. 12, p. 2929-2931, Dec. 2013.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2014.



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

CASTRO, Martha Moreira Cavalcante et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, n. 5, p. 470-477, set./out. 2006.

CHIDA, Yoichi; STEPTOE, Andrew; POWELL, Lynda H. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. **Psychother Psychosom**, v. 78, n. 2, p. 81-90, Mar, 2009.

CHIU, Ken C. et al. Insulin sensitivity differs among ethnic groups with a compensatory response in beta-cell function. **Diabetes Care**, v. 23, n. 9, p. 1353-1358, Sept. 2000.

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.

DELBONI, Thais Helena. **Vencendo o stress**. 1. ed. São Paulo: MARKRON BOOKS, 1997. 100p.

DOAK, Cecilia Conrath; DOAK, Leonard G.; ROOT, Jane H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2. ed. Philadelphia: MOSBY, 1995, 224p.

DOGRA, Prerna; SHIVASWAMY, Rajendra Prasad; J., Subhashchandra B. Assessment of depression and diabetes distress in type 2 diabetes mellitus patients in a tertiary care hospital of South India. **International Journal of Research in Medical Sciences**, v. 5, n. 9, p. 3880, Aug. 2017.

DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27 n. 1, p. 49-53, jan./mar. 2011.

EGEDE, Leonard E.; ELLIS, Charles. Diabetes and depression: global perspectives. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 87, n. 3, p. 302-312, Mar. 2010.

EGEDE, Leonard E.; OSBORN, Chandra Y. Role of motivation in the relationship between depression, self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 36, n. 2, p. 276-283, Mar./Apr. 2010.

EL MAHALLI, Azza Ali. Prevalence and predictors of depression among type 2 diabetes mellitus outpatients in Eastern Province, Saudi Arabia. **International Journal of Health Sciences**, v. 9, n. 2, p. 119-126, Apr. 2015.

ELKINS, David N. et al. Toward a humanistic-phenomenological spirituality: definition, description, and measurement. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 28, n. 4, p. 5-18, Out. 1988.

EMERGING RISK FACTORS COLLABORATION et al. Major lipids, apolipoproteins, and risk of vascular disease. **JAMA**, v. 302, n. 18, p. 1993-2000, Nov. 2009.

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

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. Adherence to diabetes mellitus treatments in Family Health Strategy Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, Apr. 2014.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 348-354, abr. 2013.

FEINSTEIN, Matthew et al. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: the multi-ethnic study of atherosclerosis. **Circulation**, v. 121, n. 5, p. 659-666, Feb. 2010.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003.

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; LARAZUS, 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; LARAZUS, 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.

FREIRE, Manoela Ávila et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 281-289, dez. 2014.

FRENZEL, Mary P. et al. The relationship of stress and coping to regimen adherence and glycemic control of diabetes. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 6, n. 1, p. 77-87, Mar. 1988.

GALLUP ORGANIZATION. **Religion**. 2007. Disponível em: <[www.galluppoll.com/content/default.aspx?ci=1690&pg=1](http://www.galluppoll.com/content/default.aspx?ci=1690&pg=1)>. Acesso em: 15 out. 2017.

GHULOUM, Suhaila; BENER, Abdulbari; BURGUT, F. Tuna. Ethnic differences in satisfaction with mental health services among psychiatry patients. **The Open Psychiatry Journal**, v. 4, p. 19-24, May 2010.

GIAVONI, Adriana et al. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 975-982, maio 2008.

GORUS, Frans K. et al. IA-2 autoantibodies complement GAD 65 autoantibodies in new-onset IDDM patients and help predict impending diabetes in their siblings. **Diabetologia**, v. 40, n. 1, p. 95-99, Jan. 1997.

GREGG, Jessica; SAHA, Somnath. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. **Academic Medicine**, v. 81, n. 6, p. 542-547, Jun. 2006.

GREGHI, Eliana de Fatima Martins; PASCON, Daniela Miori. Conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 inseridos no Programa de Saúde ao Adulto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 204-209, dez. 2016.

HARRIS, Susie T.; WONG, Daniel; MUSICK, David. Spirituality and well-being among persons with diabetes and other chronic disabling conditions: a comprehensive review. **Journal of Complementary and Integrative Medicine**, v. 7, n. 1, p. 1-20, Aug. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.2202/1553-3840.1270>>. Acesso em: 12 set. 2017.

HIRSCH, Irl B. Glycemic variability: it's not just about A1C anymore! **Diabetes Technology and Therapeutics**, v. 7, n. 5, p. 780-783, Oct. 2005.

HOLMES, Susan. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n. 4, p. 493-501, May 2005.

HOVINGH, G. Kees; RADER, Daniel J.; ANDHEGELE, Robert A. HDL re examined. **Current Opinion Lipidology**, v. 26, n. 2, p. 127-132, Apr. 2015.

HOW, Chew Boon; MING, Khoo Ee; CHIN; Chia Yook. Does religious affiliation influence glycaemic control in primary care patients with type 2 diabetes mellitus? **Mental Health in Family Medicine**, v.8, n. 1, p. 21-28, Mar. 2011

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

INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT. **Prevalência de Estresse**. 2015. Disponível em: <<http://www.ismabrasil.com.br>> Acesso em: 15 nov. 2017.

JAFARI, Najmeh et al. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2014, p. 1-8. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/619028>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

JOHANSSON, Mia; RYDEN, Anna; FINIZIA, Caterina. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer – a longitudinal study. **BMC Cancer**, v. 11, n. 283, p. 1-9, June 2011.

JUN, Ji Eun et al. The association between glycemic variability and diabetic cardiovascular autonomic neuropathy in patients with type 2 diabetes. **Cardiovascular Diabetology**, v. 14, n. 70, June 2015. Disponível em: <<http://www.cardiab.com/content/14/1/70>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

KAUR, Gurpreet et al. Depression, anxiety and stress symptoms among diabetics in Malaysia: a cross sectional study in an urban primary care setting. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 69, May 2013. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-69>>. Acesso em: 18 out. 2017.

KIANI, Fatemeh; HESABI, Nasrin. The relationship between the religious beliefs of the diabetic patients and depression in a diabetes clinic in Iran. **Journal of Religion and Health**, v. 56, n. 4, p. 1311-1316, Mar. 2016.

KILPATRICK, Eric S.; RIGBY, Alan S.; ATKIN, Stephen L. A1C variability and the risk of microvascular complications in type 1 diabetes. **Diabetes Care**, v. 31, n. 11, p. 2198-2202, Nov. 2008.

KILPATRICK, Eric S.; RIGBY, Alan S.; ATKIN, Stephen L. Effect of glucose variability on the long-term risk of microvascular complications in type 1 diabetes. **Diabetes Care**, v. 32, n. 10, p. 1901-1903, Oct. 2009.

KOENIG, Harold G. et al. Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 77, n. 2, p. 135-143, Aug. 2014.

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.; 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.; 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.; KING, Dana E.; CARSON, Verna B. **Handbook of religion and health**. 1. ed. Estados Unidos: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2001. 712p.

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

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

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**, Los Angeles, v. 31, p.97-109, 2001b.

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.

LAPANE, Kate L. et al. Religion and cardiovascular disease risk. **Journal of Religion and Health**, v. 36, n. 2, p. 155-163, June 1997.

LARIJANI, Bagher et al. Association between depression and diabetes. **German Journal of Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 62-65, Oct. 2004.

LEE, Minsun; NEZU, Arthur M; NEZU, Christine Maguth. Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 37, n. 5, p. 921-930, Oct. 2014.

LIMA, Rodrigo Fonseca et al. Factors associated with glycemic control in people with diabetes at the Family Health Strategy in Pernambuco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 937-945, Nov./Dec. 2016.

LINDOLPHO, Mirian da Costa; SÁ, Selma Petra Chaves; ROBERS, Lorena Maria Volkens. Espiritualidade/Religiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. **Em Extensão**, v. 8, n. 1, p. 117-127, jan./jul. 2009.

LIPSCHITZ, David A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, Mar. 1994.

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.

LOHMAN, Timothy G.; ROCHE, Alex F.; MARTORELL, Reynaldo. **Anthropometric standardization reference manual**. 1. ed. Champaign: HUMAN KINETICS, 1988. 184p.

LÓPEZ, Maribel et al. Prevalence of diabetic retinopathy and its relationship with glomerular filtration rate and other risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain. DM2 HOPE study. **Journal of Clinical and Translational Endocrinology**, v. 9, p. 61-65, Sept. 2017.

LOVIBOND, Peter F.; LOVIBOND, S 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.

LUCCHESI, Fernando A.; KOENIG, Harold G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 28, n. 1, p. 103-128, Jan./Mar. 2013.

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.

LYNCH, Cheryl P. et al. Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 38, n. 3, p. 427-435, May/June 2012.

MALERBI, Domingos Augusto; FRANCO, Laercio J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, Nov. 1992

MARCOVECCHIO, M. Loredana; DALTON, R. Neil; CHIARELLI, Francesco; DUNGER, David B. A1C variability as an independent risk factor for microalbuminuria in young people with type 1 diabetes. **Diabetes Care**, v. 34, n. 4, p. 1011-1013, Apr. 2011.

MARQUES, Héli da Silva; SOUSA, Luana Pereira; DOMINGOS; Neide Aparecida Micelli. Diabetes tipo II: qualidade de vida e aspectos psicológicos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.19, n.2, p.16-22, abr./jun. 2012

MELAGGI, André Gonçalves. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS**: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos. 2009. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MESQUITA, Ana Cláudia et al. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 539-545, Mar./Apr. 2013.

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

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; 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.

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

MUELLER, Paul S.; PLEVAK, David J.; RUMMANS, Teresa A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 76, n. 12, p. 1225-1235, Dec. 2001.

NADARAJAH, Sheeba; BERGER, Ann M.; THOMAS, Sue Ann. Current status of spirituality in cardiac rehabilitation programs: a review of literature. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, v. 33, n. 3, p. 135-143, May/June 2013.

NAMAGEYO-FUNA, Apophia; MUILENBURG, Jessica; WILSON, Mark. The role of religion and spirituality in coping with type 2 diabetes: a qualitative study among Black men. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 1, p. 242-252, Feb. 2015.

NEWLIN, Kelley et al. Relationships of religion and spirituality to glycemic control in Black women with type 2 diabetes. **Nursing Research**, v. 57, n. 5, p. 331-339, Sept./Oct. 2008.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de et al. **Diabetes Mellitus – Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar**. 1. ed. São Paulo: ATHENEU, 2006. 378p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Depressão e Ansiedade no Brasil**. 2015. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5354\\_aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354_aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Revisão da Constituição – Definição de espiritualidade na Saúde**. 1998. Disponível em: <[http://www.medicinethik.ch/publik/spirituality\\_definition\\_health.htm#o](http://www.medicinethik.ch/publik/spirituality_definition_health.htm#o)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

OTERO, Liudmila Miyar; ZANETTI, Maria Lúcia; TEIXEIRA, Carla Regina de Sousa. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. s., p. 768-773, Sept./Oct. 2007.

PALIZGIR, Maryam; BAKHTIARI, Maryam; ESTEGHAMATI, Alireza. Association of depression and anxiety with diabetes mellitus type 2 concerning some sociological factors. **Iran Red Crescent Medical Journal**, v. 15, n. 8, p. 644-648, Aug. 2013.

PALMER, Jerry P. et al. Insulin antibodies in insulin-dependent diabetics before insulin treatment. **Science**, v. 222, n. 4630, p. 1337-1339, Dec. 1983.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Quality of life and spirituality. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, suppl. 1, p. 105-115, 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 I.; 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. 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. et al. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 27, n. 1, p. 94-104, Mar. 1988.

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.

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

PASSIK, Steven D. et al. An attempt to employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a "lab test" to trigger follow-up in ambulatory oncology clinics: criterion validity and detection. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 21, n. 4, p. 273-281, Apr. 2001.

PENCKOFER, Sue et al. Does glycemic variability impact mood and quality of life? **Diabetes Technology and Therapeutics**, v. 14, n. 4, p. 303-310, Apr. 2012.

PEYROT, Mark; RUBIN, Richard R. Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. **Diabetes Care**, v. 22, n. 3, p. 448-452, Mar. 1999.

PHILLIPS, Laura L. et al. Incorporating Religion and Spirituality to Improve Care for Anxiety and Depression in Older Adults. **Geriatrics**, v. 64, n. 8, p. 15-18, Aug. 2009.

PILGER, Calíoper. **Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico**. 2015. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

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.

POUWER, François. Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus? **Nature Reviews Endocrinology**, v. 5, n. 12, p. 665-671, Dec. 2009.



- PRIORESCHI, Plínio. **A History of Medicine**. 2. ed. v. 1. Omaha: HORATIUS, 1995. 534p.
- RAUSCH, Joseph R. Measures of glycemic variability and links with psychological functioning. **Current Diabetes Reports**, v. 10, n. 6, p. 415-421, Dec. 2010.
- RAVONA-SPRINGER, Ramit et al. Hemoglobin A1c variability predicts symptoms of depression in elderly individuals with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 40, n. 9, p. 1187-1193, Sept. 2017.
- RAYNER, Katey J.; MOORE, Kathryn J. MicroRNA control of high-density lipoprotein metabolism and function. **Circulation Research**, v. 114, n. 1, p. 183-192, Jan. 2014.
- ROGLIC, Gojka et al. The Burden of Mortality Attributable to Diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, n. 9, p. 2130-2135, Sept. 2005.
- ROMEIRA, Olga. Espiritualidade que importância no cuidar. **Servir**, v. 46, n. 3, p. 127-128, 1998.
- ROUPA, Zoe et al. Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. **Health Science Journal**, v. 3, n. 1, p. 32-40, 2009.
- RUBIN, Richard R.; PEYROT, Mark. Quality of life and diabetes. **Diabetes Metabolism Research and Reviews**, v. 15, n. 3, p. 205-218, May/June 1999.
- SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.
- SACKS, David A. et al. Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel-recommended criteria: the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. **Diabetes Care**, v. 35, n. 3, p. 526-528, Mar. 2012.
- SAMUEL-HODGE, Carmen D. et al. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African-American women: spirituality, the multi caregiver role, and other social context factors. **Diabetes Care**, v. 23, n. 7, p. 928-933, July 2000.
- SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, Aug. 2013.
- SAVOIA, Mariangela Gentil. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 57-67, mar./abr. 1999.
- 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.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. The health's concept. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997.

SHAKIBAZADEH, Elham et al. Patients' perspectives on factors that influence diabetes self-care. **Iranian Journal of Public Health**, v. 40, n. 4, p.146-158, Dec. 2011.

SHRIVASTAVA, Saurabh RamBihariLal; SHRIVASTAVA, Prateek Saurabh; RAMASAMY, Jagadeesh. Role of self-care in management of diabetes mellitus. **Journal of Diabetes and Metabolic Disorders**, v. 12, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599009/>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

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 CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, suppl. 1, p. 1-22, out. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Rio de Janeiro: Clannad Editora Científica, 2017. 398p.

SOUSA, Valmi D. et al. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 19, n. 3, p. 217-230, 2005.

SPARKS, Janet D.; SPARKS, Charles E.; ADELI, Khosrow. Selective hepatic insulin resistance, VLDL overproduction, and hypertriglyceridemia. **Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology**, v. 32, n. 9, p. 2104-2112, Sept. 2012.

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.

STEWART, William C. et al. Review of clinical medicine and religious practice. **Journal of Religion and Health**, v, 52, n. 1, p. 91-106, Mar. 2013.

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.

TORQUATO, Maria Teresa da Costa Gonçalves et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v.121, n. 6, p. 224-230, 2003

UNANTENNE, Nalika et al. The strength to cope: spirituality and faith in chronic disease. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 4, p. 1147-1161, Dec. 2013.

VALENSTEIN, Marcia et al. The cost-utility of screening for depression in primary care. **Annals of Internal Medicine**, v. 134, n. 5, p. 345-360, Mar. 2001.

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.

VON ECKARDSTEIN, Arnold; SIBLER, Rahel A. Possible contributions of lipoproteins and cholesterol to the pathogenesis of diabetes mellitus type 2. **Current Opinion in Lipidology**, v. 22, n. 1, p. 26-32, Feb. 2011.

VON GOELER, Dorothea S. et al. Self management of type 2-diabetes: a survey of low income urban Puerto Ricans. **Diabetes Educator**, v. 29, n. 4, p. 663-670, Jul./Aug. 2003.

WANG, Liqun et al. Interactions between apolipoprotein E genes and religiosity in relation to mild cognitive impairment. **Neuropsychiatry**, v. 7, n. 5, p. 659-666, May, 2017.

WATKINS, Yashika J. et al. Spiritual and religious beliefs and practices, and social support's relationship to diabetes self-care activities in African Americans. **The Diabetes Educator**, v. 39, n. 2, p. 231-239, Mar./Apr. 2013.

WEBER, Samuel R.; PARGAMENT, Kenneth I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358-363, Sept. 2014.

WINKELMANN, Eliane Roseli; FONTELA, Paula Caitano. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande Do Sul, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 665-674, dez. 2014.

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, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation**. Geneva: WHO, 2000. 252p.

WORLD VALUES SURVEY. European Values Study Group and World Values Survey Association. **European and World Values Surveys Four-Wave Integrated Data File, 1981-2004**, 2006. Disponível em: <[www.worldvaluessurvey.org](http://www.worldvaluessurvey.org)>. Acesso em: 17 out 2017.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES MELLITUS, E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE METABÓLICO” por apresentar o diagnóstico de DIABETES. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é verificar a influência da religiosidade no controle de sua glicemia no sangue ou de suas gorduras no sangue (colesterol e suas frações, triglicerídeos), função dos rins (ureia, creatinina, microalbuminúria e ácido úrico) sendo assistido pelo ambulatório de Endocrinologia Nutrição e Diabetes da Universidade Federal Triângulo Mineiro – UFTM e caso você participe, será necessário responder a 6 (seis) questionários os quais você preencherá durante o tempo de espera até o momento de sua consulta 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 20 a 30 minutos. Você 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 não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a qual procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberaba,...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal  
de Identidade

\_\_\_\_\_  
Documento

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável  
pesquisador orientador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do

#### Telefone de contato dos pesquisadores:

Prof(a). Dr(a). Maria de Fátima Borges Telefone: 3318-5292 / E-mail: borgmf@uol.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; Elida Mara Carneiro da Silva (34) 996865988 E-mail: elidamc16@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****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: \_\_\_\_\_





## ANEXOS

### ANEXO 1: 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					

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

<b>Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:</b>	
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.**

<b>Nomenclatura atual</b>	<b>Nomenclatura anterior</b>
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

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2014 – [www.abep.org](http://www.abep.org) – [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org)

## ANEXO B: ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERIDADE DE DUKE (DUREL)

### ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERIDADE DE DUKE (DUREL)

MOREIRA-ALMEIDA, A. 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 COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL (CRE-BREVE)

### 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 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

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

#### CRE NEGATIVO (CREN)

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

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

#### CRE NEGATIVO INVERTIDO

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



**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: ESCALA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO (DASS-21)**

Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão

VIGNOLA, R.C.B & TUCCI, A.M

**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	Preocupei-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 F: 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 Triangulo Mineiro

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.048.287



## ANEXO G: 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) 3901 - 1471

**ANEXO H:**

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos pacientes com DM2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>SEXO</b>	<b>Idade (Anos)</b>	<b>Profissão</b>	<b>Classificação Socioeconômica</b>	<b>Religião</b>	<b>Escolaridade</b>
1	Feminino	70	Desempregado	B = B1 + B2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
2	Feminino	36	Desempregado	B = B1 + B2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
3	Masculino	57	Aposentado	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental completo / Médio incompleto
4	Masculino	51	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
5	Feminino	52	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
6	Feminino	63	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
7	Feminino	53	Profissional liberal	D + E	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
8	Feminino	62	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
9	Masculino	72	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
10	Feminino	60	Profissional liberal	C = C1 + C2	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
11	Masculino	79	Aposentado	C = C1 + C2	Evangélico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
12	Feminino	70	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
13	Masculino	65	Aposentado	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental completo / Médio incompleto
14	Feminino	48	Profissional liberal	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
15	Feminino	66	Aposentado	C = C1 + C2	Evangélico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
16	Feminino	53	Servidor Público	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
17	Feminino	62	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
18	Feminino	90	Aposentado	D + E	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
19	Feminino	56	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
20	Masculino	74	Profissional liberal	D + E	Evangélico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
21	Feminino	41	Celetista	C = C1 + C2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
22	Feminino	66	Profissional liberal	D + E	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
23	Masculino	74	Aposentado	B = B1 + B2	Ateu	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
24	Feminino	71	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
25	Masculino	57	Aposentado	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
26	Feminino	45	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
27	Feminino	68	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Superior completo
28	Masculino	44	Celetista	C = C1 + C2	Ateu	Fundamental completo / Médio incompleto
29	Masculino	73	Aposentado	D + E	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto

<b>Caso</b>	<b>SEXO</b>	<b>Idade (Anos)</b>	<b>Profissão</b>	<b>Classificação Socioeconômica</b>	<b>Religião</b>	<b>Escolaridade</b>
30	Feminino	53	Profissional liberal	D + E	Evangélico	Médio completo / Superior incompleto
31	Feminino	62	Desempregado	B = B1 + B2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
32	Feminino	50	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
33	Feminino	53	Celetista	B = B1 + B2	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
34	Masculino	78	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
35	Feminino	69	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
36	Feminino	59	Celetista	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
37	Feminino	59	Celetista	C = C1 + C2	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
38	Feminino	65	Celetista	C = C1 + C2	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
39	Feminino	76	Celetista	D + E	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
40	Feminino	40	Profissional liberal	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental completo / Médio incompleto
41	Feminino	60	Profissional liberal	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
42	Masculino	60	Aposentado	D + E	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
43	Masculino	58	Profissional liberal	D + E	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
44	Feminino	65	Desempregado	D + E	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
45	Masculino	64	Celetista	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
46	Feminino	66	Aposentado	D + E	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
47	Masculino	67	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
48	Feminino	64	Aposentado	D + E	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
49	Feminino	64	Profissional liberal	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
50	Feminino	45	Celetista	C = C1 + C2	Espírita	Analfabeto / Fundamental I incompleto
51	Feminino	45	Aposentado	B = B1 + B2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
52	Masculino	62	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
53	Feminino	42	Celetista	B = B1 + B2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
54	Feminino	69	Celetista	C = C1 + C2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
55	Feminino	65	Aposentado	D + E	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
56	Masculino	63	Aposentado	B = B1 + B2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
57	Masculino	63	Profissional liberal	B = B1 + B2	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
58	Feminino	58	Aposentado	B = B1 + B2	Católico	Superior completo
59	Masculino	57	Profissional liberal	D + E	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
60	Feminino	72	Desempregado	D + E	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
61	Feminino	49	Profissional liberal	C = C1 + C2	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
62	Feminino	87	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto

<b>Caso</b>	<b>SEXO</b>	<b>Idade (Anos)</b>	<b>Profissão</b>	<b>Classificação Socioeconômica</b>	<b>Religião</b>	<b>Escolaridade</b>
63	Feminino	59	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
64	Masculino	56	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
65	Feminino	57	Celetista	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental completo / Médio incompleto
66	Masculino	74	Aposentado	B = B1 + B2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
67	Feminino	50	Desempregado	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental completo / Médio incompleto
68	Feminino	60	Aposentado	C = C1 + C2	Espírita	Analfabeto / Fundamental I incompleto
69	Feminino	53	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
70	Masculino	65	Aposentado	C = C1 + C2	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
71	Masculino	54	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
72	Masculino	52	Celetista	B = B1 + B2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
73	Feminino	56	Profissional liberal	C = C1 + C2	Evangélico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
74	Masculino	49	Aposentado	D + E	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
75	Feminino	61	Aposentado	D + E	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
76	Feminino	74	Aposentado	C = C1 + C2	Espírita	Analfabeto / Fundamental I incompleto
77	Feminino	65	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
78	Feminino	65	Profissional liberal	B = B1 + B2	Espírita	Fundamental completo / Médio incompleto
79	Masculino	58	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
80	Feminino	43	Celetista	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental completo / Médio incompleto
81	Feminino	62	Aposentado	D + E	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
82	Masculino	60	Aposentado	D + E	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
83	Feminino	63	Aposentado	C = C1 + C2	Espírita	Médio completo / Superior incompleto
84	Feminino	62	Desempregado	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
85	Masculino	56	Profissional liberal	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
86	Feminino	56	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
87	Feminino	52	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
88	Feminino	61	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
89	Feminino	56	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
90	Feminino	49	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
91	Feminino	80	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
92	Feminino	67	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
93	Masculino	68	Aposentado	B = B1 + B2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
94	Feminino	88	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
95	Feminino	66	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Médio completo / Superior incompleto

Caso	SEXO	Idade (Anos)	Profissão	Classificação Socioeconômica	Religião	Escolaridade
96	Masculino	46	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
97	Feminino	30	Celetista	B = B1 + B2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
98	Feminino	73	Aposentado	B = B1 + B2	Evangélico	Superior completo
99	Feminino	81	Profissional liberal	D + E	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
100	Masculino	73	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
101	Feminino	59	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
102	Masculino	76	Desempregado	D + E	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
103	Feminino	66	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
104	Feminino	66	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
105	Masculino	72	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
106	Feminino	67	Aposentado	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
107	Feminino	67	Aposentado	C = C1 + C2	Evangélico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
108	Feminino	84	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
109	Feminino	42	Celetista	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
110	Masculino	64	Aposentado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
111	Feminino	61	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
112	Feminino	63	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Médio completo / Superior incompleto
113	Feminino	65	Aposentado	B = B1 + B2	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
114	Feminino	60	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
115	Feminino	71	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
116	Feminino	67	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
117	Masculino	70	Desempregado	C = C1 + C2	Espírita	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
118	Feminino	76	Desempregado	C = C1 + C2	Católico	Analfabeto / Fundamental I incompleto
119	Masculino	63	Profissional liberal	C = C1 + C2	Católico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
120	Masculino	64	Profissional liberal	B = B1 + B2	Evangélico	Médio completo / Superior incompleto
121	Feminino	77	Aposentado	D + E	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
122	Feminino	64	Celetista	B = B1 + B2	Espírita	Superior completo
123	Feminino	51	Profissional liberal	C = C1 + C2	Evangélico	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
124	Feminino	65	Profissional liberal	B = B1 + B2	Católico	Fundamental completo / Médio incompleto
<b>Média DP</b>		<b>61,83 ± 10,80</b>				
<b>Mediana</b>		<b>63</b>				
<b>Mínimo - Máximo</b>		<b>30 - 90</b>				

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 2: Dados clínicos dos pacientes do ambulatório de DM, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>Tempo de Diagnóstico (Anos)</b>	<b>Medicação</b>	<b>Hipertensão</b>	<b>Dislipidemia</b>	<b>Hipotireoidismo Primário</b>
1	20	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
2	8	Antidiabético oral	Sim	Não	Sim
3	7	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não
4	10	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não
5	5	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
6	6	Antidiabético oral	Não	Não	Não
7	17	Antidiabético oral	Não	Não	Não
8	15	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
9	8	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
10	12	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
11	29	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
12	25	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
13	9	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
14	5	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
15	20	Antidiabético oral	Sim	Não	Sim
16	15	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
17	19	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
18	20	Insulina	Sim	Sim	Não
19	9	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
20	21	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Sim
21	7	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
22	17	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
23	22	Antidiabético oral	Sim	Não	Sim
24	14	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
25	20	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
26	6	Insulina	Sim	Sim	Não
27	40	Insulina	Sim	Não	Não
28	10	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
29	6	Antidiabético oral	Sim	Não	Sim
30	6	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não

Caso	Tempo de Diagnóstico (Anos)	Medicação	Hipertensão	Dislipidemia	Hipotireoidismo
31	12	Antidiabético oral	Sim	Não	Sim
32	11	Antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
33	10	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
34	11	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
35	5	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
36	5	Insulina + antidiabético oral	Não	Sim	Sim
37	10	Insulina	Sim	Sim	Não
38	5	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
39	50	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
40	14	Insulina + antidiabético oral	Não	Sim	Não
41	25	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Sim
42	9	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
43	10	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
44	5	Insulina	Sim	Sim	Sim
45	10	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não
46	40	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não
47	12	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
48	28	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
49	30	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
50	5	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
51	15	Insulina	Sim	Não	Sim
52	6	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
53	5	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
54	15	Antidiabético oral	Não	Sim	Sim
55	40	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
56	18	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
57	5	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
58	15	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
59	5	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
60	13	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
61	5	Antidiabético oral	Não	Não	Não
62	13	Antidiabético oral	Sim	Não	Não

Caso	Tempo de Diagnóstico (Anos)	Medicação	Hipertensão	Dislipidemia	Hipotireoidismo
63	5	Antidiabético oral	Sim	Não	Sim
64	8	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
65	5	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
66	27	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
67	10	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
68	25	Insulina	Sim	Não	Sim
69	17	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
70	16	Antidiabético oral	Não	Não	Não
71	6	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
72	25	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não
73	5	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
74	13	Antidiabético oral	Não	Não	Não
75	7	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
76	15	Antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
77	21	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
78	10	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
79	10	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
80	5	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
81	20	Insulina	Sim	Sim	Não
82	13	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
83	14	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
84	11	Antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
85	9	Antidiabético oral	Não	Não	Não
86	12	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
87	17	Insulina + antidiabético oral	Não	Sim	Não
88	17	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
89	20	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não
90	8	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
91	21	Insulina	Sim	Sim	Sim
92	5	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
93	20	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
94	55	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não



<b>Caso</b>	<b>Tempo de Diagnóstico (Anos)</b>	<b>Medicação</b>	<b>Hipertensão</b>	<b>Dislipidemia</b>	<b>Hipotireoidismo</b>
95	7	Insulina	Sim	Sim	Não
96	10	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
97	13	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
98	27	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
99	35	Insulina	Sim	Sim	Não
100	37	Insulina	Sim	Sim	Não
101	10	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
102	11	Antidiabético oral	Não	Não	Não
103	18	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
104	10	Antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
105	20	Insulina + antidiabético oral	Não	Sim	Sim
106	9	Antidiabético oral	Sim	Não	Não
107	35	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Não
108	10	Antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
109	5	Antidiabético oral	Não	Não	Sim
110	5	Antidiabético oral	Não	Sim	Não
111	10	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Sim
112	8	Antidiabético oral	Não	Não	Não
113	5	Antidiabético oral	Não	Não	Não
114	25	Insulina + antidiabético oral	Não	Não	Não
115	20	Insulina + antidiabético oral	Sim	Não	Sim
116	5	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
117	21	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
118	15	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
119	13	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
120	10	Insulina	Sim	Sim	Não
121	20	Insulina	Não	Sim	Não

<b>Caso</b>	<b>Tempo de Diagnóstico (Anos)</b>	<b>Medicação</b>	<b>Hipertensão</b>	<b>Dislipidemia</b>	<b>Hipotireoidismo</b>
<b>122</b>	6	Antidiabético oral	Não	Não	Não
<b>123</b>	10	Antidiabético oral	Sim	Sim	Não
<b>124</b>	30	Insulina + antidiabético oral	Sim	Sim	Não
<b>Média DP</b>	<b>14,69 ± 9,81</b>				
<b>Mediana</b>	<b>12</b>				
<b>Mínimo - Máximo</b>	<b>5 - 55</b>				

*Fonte: Elaborado pela autora*

Tabela 18: Dados referentes à Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não- Organizacional, Religiosidade Intrínseca e *coping* religioso-espiritual positivo, negativo e total em pacientes com DM2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>RO</b>	<b>RNO</b>	<b>RI</b>	<b>CREP</b>	<b>CREN</b>	<b>CRET</b>
1	5	5	15	4,35	1,53	4,41
2	4	4	13	3,09	1,87	3,61
3	6	5	15	3,41	2,33	3,54
4	3	5	15	4,32	3,20	3,56
5	6	4	13	3,71	2,67	3,52
6	6	5	15	3,79	2,27	3,76
7	4	5	15	3,74	1,80	3,97
8	5	3	15	3,82	3,67	3,08
9	5	5	15	3,15	2,60	3,27
10	6	5	14	3,32	1,47	3,93
11	3	5	12	3,74	2,53	3,60
12	5	5	15	3,38	1,27	4,06
13	6	5	14	3,71	1,73	3,99
14	5	6	15	3,59	3,20	3,19
15	5	5	15	3,65	1,87	3,89
16	6	5	15	3,59	2,00	3,79
17	3	5	15	3,56	1,40	4,08
18	5	6	15	3,71	2,20	3,75
19	3	3	15	3,12	1,40	3,86
20	6	5	15	3,38	2,87	3,26
21	4	4	14	3,65	2,00	3,82
22	4	3	15	4,24	3,40	3,42
23	1	5	3	1,53	1,27	3,13
24	6	5	15	3,82	1,33	4,25
25	3	2	15	3,00	1,60	3,70
26	5	6	15	4,18	1,47	4,35
27	5	5	15	3,44	2,13	3,65
28	2	5	9	3,50	1,60	3,95
29	2	5	12	2,76	2,20	3,28
30	4	6	15	4,24	2,47	3,88

Caso	RO	RNO	RI	CREP	CREN	CRET
31	5	5	15	2,79	1,27	3,76
32	1	4	13	3,18	3,13	3,02
33	4	4	9	3,35	1,67	3,84
34	6	6	15	3,56	2,27	3,65
35	4	5	15	3,91	2,47	3,72
36	5	5	12	4,47	3,67	3,40
37	4	6	15	4,00	1,60	4,20
38	4	6	13	3,50	1,53	3,98
39	6	6	15	3,41	1,87	3,77
40	6	5	15	3,47	3,40	3,04
41	2	5	14	3,18	1,20	3,99
42	5	5	13	3,76	2,20	3,78
43	1	1	15	3,21	1,87	3,67
44	5	5	15	3,82	2,80	3,51
45	5	5	11	3,06	1,20	3,93
46	2	4	14	3,76	2,33	3,72
47	3	4	9	3,21	2,60	3,30
48	5	5	15	3,91	2,87	3,52
49	6	6	15	4,62	2,67	3,98
50	5	5	15	4,29	3,13	3,58
51	3	5	15	3,82	2,80	3,51
52	5	5	15	4,12	2,33	3,89
53	5	6	14	4,12	2,93	3,59
54	5	5	14	3,76	3,53	3,12
55	5	5	15	3,56	2,07	3,75
56	6	4	14	3,47	1,73	3,87
57	6	6	15	4,12	1,73	4,19
58	6	5	15	3,53	1,07	4,23
59	5	5	15	2,32	2,13	3,10
60	4	5	14	3,71	2,20	3,75
61	5	6	13	2,91	1,27	3,82
62	3	5	15	3,56	2,13	3,71
63	3	5	13	3,59	1,87	3,86

<b>Caso</b>	<b>RO</b>	<b>RNO</b>	<b>RI</b>	<b>CREP</b>	<b>CREN</b>	<b>CRET</b>
64	3	6	15	3,24	1,27	3,98
65	6	6	15	4,09	2,27	3,91
66	4	5	14	3,06	2,53	3,26
67	6	6	15	4,18	2,33	3,92
68	6	5	15	3,88	1,87	4,01
69	5	5	15	3,15	2,60	3,27
70	6	5	12	2,59	1,07	3,76
71	5	5	15	4,18	2,87	3,65
72	4	5	15	3,47	2,27	3,60
73	6	4	15	4,06	1,20	4,43
74	6	5	14	3,12	1,93	3,59
75	5	3	15	3,15	2,60	3,27
76	4	5	15	4,44	2,40	4,02
77	6	5	15	4,88	1,07	4,91
78	6	5	5	4,71	4,73	2,99
79	3	1	12	3,03	1,93	3,55
80	3	3	15	2,94	1,60	3,67
81	1	5	12	4,06	2,87	3,60
82	2	6	10	3,00	1,80	3,60
83	1	1	11	2,44	1,40	3,52
84	3	6	15	3,29	1,00	4,15
85	3	1	14	3,09	1,60	3,74
86	4	5	12	3,68	2,20	3,74
87	2	6	15	2,74	3,00	2,87
88	5	3	15	3,26	1,73	3,77
89	4	3	14	3,38	2,67	3,36
90	4	5	14	3,06	2,27	3,40
91	5	5	15	3,29	2,47	3,41
92	6	6	15	4,71	3,47	3,62

<b>Caso</b>	<b>RO</b>	<b>RNO</b>	<b>RI</b>	<b>CREP</b>	<b>CREN</b>	<b>CRET</b>
93	6	5	15	3,26	2,53	3,37
94	5	6	15	2,62	1,60	3,51
95	3	5	15	4,18	1,60	4,29
96	3	2	14	2,32	2,40	2,96
97	3	3	13	3,65	2,13	3,76
98	3	6	15	3,71	2,07	3,82
99	5	5	15	4,06	4,00	3,03
100	5	2	13	3,32	2,73	3,30
101	3	5	14	3,38	1,47	3,96
102	5	6	12	4,09	2,33	3,88
103	4	2	14	3,50	2,00	3,75
104	3	2	13	2,59	2,20	3,19
105	2	3	9	3,00	3,07	2,97
106	6	5	15	4,09	3,40	3,34
107	6	6	14	3,53	2,13	3,70
108	2	5	12	3,35	2,20	3,58
109	3	2	13	3,53	1,93	3,80
110	5	3	15	3,26	2,33	3,47
111	5	5	15	4,09	3,80	3,14
112	6	5	15	3,71	1,53	4,09
113	4	6	11	3,15	1,80	3,67
114	3	4	15	3,32	1,93	3,70
115	5	5	15	3,62	1,73	3,94
116	5	5	15	4,03	2,60	3,71
117	2	5	14	3,09	2,53	3,28
118	5	5	13	4,26	1,80	4,23
119	2	6	14	2,94	1,93	3,50
120	4	4	15	2,91	3,07	2,92
121	4	6	15	4,41	1,73	4,34

<b>Caso</b>	<b>RO</b>	<b>RNO</b>	<b>RI</b>	<b>CREP</b>	<b>CREN</b>	<b>CRET</b>
<b>122</b>	3	4	13	3,09	1,60	3,74
<b>123</b>	6	5	15	3,91	1,53	4,19
<b>124</b>	6	5	15	4,29	3,87	3,21
<b>Média DP</b>	<b>4,31 ± 1,43</b>	<b>4,68 ± 1,22</b>	<b>13,9 ± 1,94</b>	<b>3,54 ± 0,55</b>	<b>2,20 ± 0,71</b>	<b>3,67 ± 0,36</b>
<b>Mediana</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>3,54</b>	<b>2,13</b>	<b>3,70</b>
<b>Mínimo - Máximo</b>	<b>1-6</b>	<b>1-6</b>	<b>3-15</b>	<b>1,53 - 4,88</b>	<b>1 - 4,73</b>	<b>2,87 - 4,91</b>

Fonte: Elaborado pela autora

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; CRET: coping religioso total.

Tabela 4: Dados referentes aos fatores positivos e negativos da escala *coping* religioso-espiritual em paciente com DM2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>
1	4,89	3,60	3,40	5,00	4,75	5,00	3,33	1,20	3,00	2,00	1,33
2	3,11	3,20	3,20	4,20	3,00	2,67	1,33	1,00	1,67	2,25	3,00
3	3,56	1,60	2,40	5,00	3,50	4,67	3,67	1,80	5,00	2,00	2,33
4	4,89	4,20	4,20	5,00	4,00	5,00	1,67	2,40	5,00	2,50	5,00
5	3,56	3,80	3,40	4,60	3,50	3,67	3,33	2,60	2,67	3,50	3,00
6	3,78	2,80	4,60	4,80	3,00	4,33	3,00	1,20	2,33	2,75	4,67
7	4,00	3,40	3,60	4,40	3,50	3,67	3,00	2,00	2,00	2,50	1,33
8	4,11	3,20	4,40	3,40	3,50	5,00	3,00	3,40	5,00	3,75	3,67
9	3,22	2,00	3,20	3,80	2,50	4,33	3,33	3,00	2,33	2,75	3,00
10	3,78	3,40	2,60	4,40	2,50	3,33	2,33	1,00	1,67	2,50	1,67
11	3,78	4,20	3,40	4,20	3,50	3,67	3,00	1,60	4,00	3,25	2,33
12	3,78	2,80	2,00	4,60	3,50	4,00	2,67	1,00	1,67	1,75	1,67
13	3,89	4,40	2,80	5,00	2,00	4,67	2,67	1,00	3,33	2,00	2,33
14	3,78	2,80	4,00	4,80	2,75	4,00	2,33	2,80	4,33	2,75	4,00
15	3,56	3,40	3,80	4,60	2,75	4,33	3,00	1,00	3,00	2,50	2,33
16	2,89	3,80	4,20	4,20	4,00	3,67	2,67	1,00	4,67	2,00	2,33
17	3,67	4,00	3,40	4,60	3,00	3,67	1,67	1,00	2,67	2,00	1,33
18	4,11	3,00	4,00	4,80	3,75	4,00	1,00	1,00	4,00	2,50	3,00
19	3,67	2,00	3,20	4,60	3,25	2,33	1,33	1,20	2,33	1,00	1,33
20	3,78	4,40	3,00	4,40	2,75	2,33	1,33	3,00	3,33	2,00	3,00
21	3,89	3,80	3,80	4,60	2,50	3,00	3,00	1,20	1,67	2,50	4,00
22	4,22	4,00	4,40	4,20	5,00	4,00	3,67	3,20	5,00	1,25	4,00
23	1,00	1,00	3,00	2,60	1,00	1,00	1,00	1,80	1,00	1,00	1,00
24	3,33	3,40	4,00	4,60	4,00	4,33	3,67	1,00	2,00	1,75	1,67
25	3,00	3,80	2,00	4,20	2,00	3,67	2,00	1,00	3,00	1,75	2,00
26	4,44	4,00	3,60	4,80	3,50	5,00	3,67	1,00	3,00	2,25	1,00
27	2,89	3,40	3,20	4,40	3,75	3,33	3,67	3,20	2,00	2,00	1,33
28	4,44	1,40	3,80	5,00	1,75	3,67	3,33	1,00	1,67	2,00	3,33
29	2,67	1,60	3,40	3,80	1,00	3,67	3,67	1,80	4,67	1,25	2,00
30	3,78	3,80	4,40	4,60	4,75	4,67	4,33	1,60	4,33	2,25	3,67
31	3,22	1,80	2,80	4,40	2,00	3,00	1,33	1,00	2,33	1,75	1,00
32	4,00	1,00	2,80	4,60	3,50	3,00	2,33	3,40	2,33	4,00	3,33
33	3,33	3,20	3,00	4,40	3,50	3,33	2,33	1,40	1,33	1,50	3,00
34	3,78	3,40	3,80	4,20	3,75	3,67	1,33	2,20	3,67	2,75	1,33
35	3,67	4,00	4,00	4,40	3,50	4,00	4,00	2,60	4,00	2,75	1,33
36	5,00	4,20	4,40	3,40	5,00	4,00	5,00	3,80	5,00	4,00	2,67



<b>Caso</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>
37	3,89	4,00	3,80	5,00	3,25	4,33	3,67	1,00	3,67	1,75	1,33
38	3,33	3,60	3,60	4,80	2,25	4,33	2,33	1,00	3,00	2,50	1,00
39	3,11	3,20	4,40	3,40	3,25	4,00	2,67	1,60	3,33	2,00	2,00
40	4,33	2,20	2,60	4,40	3,00	4,00	3,00	2,60	3,33	3,50	4,33
41	3,11	2,80	3,80	4,20	1,50	3,67	3,00	1,00	1,67	1,75	1,33
42	4,00	4,00	3,00	4,60	3,25	4,00	3,00	2,20	2,00	1,75	3,00
43	3,56	2,80	3,40	4,20	2,50	3,33	1,67	2,00	1,67	2,50	1,67
44	3,78	3,60	3,80	4,80	3,50	4,33	2,67	2,40	4,00	2,00	4,00
45	3,00	2,80	3,00	4,00	3,00	3,00	2,33	1,00	1,00	2,25	1,00
46	3,33	2,40	3,80	5,00	3,50	4,67	4,67	2,40	3,00	2,00	3,33
47	4,56	1,20	2,60	4,80	2,25	4,33	1,00	1,00	3,67	3,00	5,00
48	4,00	3,60	4,80	4,20	2,25	5,00	3,33	1,60	3,00	2,75	5,00
49	4,56	5,00	4,80	5,00	4,00	5,00	3,67	1,80	3,67	2,25	5,00
50	4,67	4,60	4,00	4,60	3,75	4,33	3,33	2,20	3,67	3,00	4,67
51	4,67	2,80	3,60	5,00	3,50	3,33	2,33	1,80	4,33	2,75	2,67
52	4,22	4,20	4,20	4,00	4,00	4,00	4,00	1,80	4,00	1,75	3,33
53	4,22	4,20	3,80	4,80	3,50	4,67	3,33	2,00	4,33	3,00	3,67
54	3,78	4,40	4,20	4,00	2,00	4,67	3,00	2,80	4,00	3,00	4,67
55	3,78	3,00	4,40	4,60	2,75	4,33	1,00	1,00	4,67	2,00	2,67
56	3,00	3,00	3,60	4,80	4,00	3,67	2,33	2,20	1,67	1,75	2,00
57	4,33	2,40	4,60	5,00	4,00	4,67	3,67	1,00	3,00	2,00	2,67
58	3,56	2,40	3,20	5,00	3,75	4,00	2,67	1,00	1,00	1,75	1,33
59	2,44	1,80	1,80	3,40	2,25	2,33	2,00	1,60	3,67	1,25	3,00
60	4,00	2,80	3,60	5,00	3,25	3,33	3,33	1,60	3,00	2,50	2,67
61	1,67	3,80	2,00	5,00	2,00	5,00	2,33	1,00	2,33	2,00	1,00
62	4,11	2,40	2,60	5,00	3,25	5,00	2,00	2,20	4,67	2,00	1,00
63	4,11	3,40	2,60	5,00	2,50	4,33	2,33	2,40	2,33	2,25	1,33
64	2,78	2,80	4,20	4,20	2,50	3,67	2,67	1,00	1,33	2,00	2,00
65	4,56	3,20	4,40	4,20	3,50	5,00	3,33	2,80	2,67	2,00	2,67
66	3,56	1,60	3,00	4,00	2,50	4,00	2,33	1,00	4,33	3,00	3,00
67	4,56	2,60	3,40	5,00	4,75	4,00	5,00	2,00	3,00	2,00	4,00
68	4,33	3,40	3,40	4,80	3,25	4,33	3,00	2,20	2,00	2,00	2,33
69	3,44	2,40	3,40	4,00	2,50	3,33	2,33	2,00	3,33	2,25	3,67
70	1,78	3,40	3,20	4,00	2,50	2,00	1,00	1,00	1,33	1,00	1,00
71	4,22	4,00	4,40	4,80	4,00	4,33	3,00	1,60	4,67	2,75	4,33
72	3,22	2,80	3,20	4,40	4,50	3,33	3,00	1,40	2,33	3,25	3,33
73	4,56	4,60	3,20	4,00	4,00	4,00	3,33	1,00	1,00	1,75	2,00

<b>Caso</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>
74	3,33	2,40	4,20	4,20	1,25	2,67	3,00	1,60	2,33	1,75	2,67
75	3,67	2,20	3,20	3,40	3,75	3,33	1,67	2,20	2,67	3,50	3,33
76	4,56	4,80	4,60	4,80	4,25	4,33	3,00	2,20	3,67	2,75	2,33
77	4,56	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	1,00	1,00	2,00	1,33
78	5,00	5,00	5,00	3,40	4,75	5,00	4,67	5,00	5,00	4,00	5,00
79	4,00	1,80	3,40	4,60	1,50	3,00	1,00	1,60	3,00	2,25	1,33
80	3,22	3,00	2,80	4,20	2,25	1,67	2,33	1,40	1,00	1,75	2,33
81	4,22	3,60	4,20	5,00	3,25	4,67	3,00	1,80	5,00	3,50	3,00
82	2,56	3,60	2,40	4,80	3,00	3,00	1,33	1,20	2,67	2,75	2,00
83	2,22	2,20	2,20	4,60	1,25	2,67	1,67	1,60	2,00	1,75	1,00
84	3,00	3,00	4,00	4,60	2,25	4,00	2,00	1,00	1,00	1,75	1,00
85	3,89	2,40	2,40	4,20	2,50	2,00	3,00	1,60	1,33	1,00	2,67
86	3,22	3,40	4,40	4,60	3,50	4,33	2,33	1,80	4,67	2,75	1,00
87	3,44	2,40	1,20	3,80	1,00	4,00	3,00	2,40	4,33	2,75	4,00
88	3,56	3,20	3,20	4,40	2,00	4,00	1,67	1,60	2,33	1,75	2,33
89	3,33	4,00	3,00	4,20	3,00	4,00	1,67	1,20	3,33	3,50	4,00
90	3,67	2,40	2,20	4,80	1,75	4,00	1,67	1,00	3,00	3,25	2,67
91	3,33	2,80	3,60	4,20	2,00	4,00	3,00	1,60	3,00	2,75	3,00
92	4,11	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,33	2,60	5,00	2,75	5,00
93	2,89	3,00	3,00	4,00	4,00	3,33	3,00	2,20	2,67	3,25	2,33
94	1,78	1,40	3,20	4,40	4,00	2,67	1,33	1,00	3,33	1,50	1,67
95	4,11	4,60	4,00	4,60	3,50	4,00	4,33	1,00	2,67	2,25	1,67
96	2,33	2,60	2,00	2,80	2,25	2,00	2,00	2,20	2,67	2,75	2,00
97	3,78	3,40	3,00	4,80	3,75	3,33	3,00	1,40	2,67	2,50	2,67
98	3,67	3,00	3,60	5,00	3,75	3,00	3,67	1,00	3,33	2,00	3,00
99	4,22	2,60	4,80	4,80	3,50	5,00	3,33	4,40	4,00	3,25	4,67
100	3,33	3,00	2,60	4,40	4,00	4,00	1,67	2,20	4,00	3,00	2,67
101	3,44	4,00	2,60	4,80	3,25	3,33	1,33	1,00	3,00	1,50	1,33
102	4,00	4,00	4,00	4,80	3,75	4,33	3,67	1,60	4,67	3,00	1,67
103	3,89	3,20	4,00	3,60	3,00	4,00	2,00	1,20	3,33	2,75	2,00
104	3,11	1,20	2,60	4,00	1,50	4,00	1,00	1,00	3,33	3,25	3,00
105	3,11	2,60	3,60	3,80	2,50	3,67	1,00	2,60	3,67	3,25	3,00
106	4,11	4,40	4,20	4,80	2,50	4,33	4,00	3,20	2,00	4,25	4,33
107	4,22	1,20	4,20	5,00	2,50	4,67	2,00	1,00	3,33	2,50	3,67
108	3,44	4,00	3,20	3,20	3,50	3,33	2,33	1,80	2,33	3,50	2,00
109	4,11	3,40	3,00	4,20	3,00	4,00	2,00	1,80	2,00	2,50	2,33
110	3,78	1,60	2,80	4,20	3,00	4,33	3,00	1,60	3,00	3,50	2,67

<b>Caso</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>
111	4,67	4,20	3,40	4,00	4,00	4,33	3,33	4,00	4,33	4,00	3,00
112	2,89	3,60	4,60	5,00	4,00	3,33	2,67	1,00	2,67	2,00	2,00
113	3,44	2,60	3,00	5,00	1,50	4,67	1,00	1,40	3,33	1,75	2,00
114	4,00	2,60	2,40	4,60	2,50	4,00	2,33	1,80	2,67	2,00	2,00
115	3,67	2,20	4,00	4,40	4,00	4,00	3,00	1,00	3,33	1,75	2,33
116	4,67	3,40	3,60	4,20	3,75	4,67	3,33	1,80	4,00	3,00	3,33
117	3,56	2,40	2,60	3,60	1,75	4,67	3,00	1,60	3,33	3,50	2,33
118	4,56	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	2,67	1,00	5,00	2,00	1,00
119	2,67	2,40	2,80	4,40	3,00	3,33	2,00	1,40	3,33	2,00	2,00
120	2,89	3,00	3,60	2,80	1,75	4,33	2,00	2,20	4,33	3,50	3,33
121	4,67	3,80	4,40	5,00	4,25	4,33	4,00	1,00	4,67	1,75	1,00
122	3,00	2,80	2,40	4,80	2,00	4,33	2,33	1,60	2,00	2,25	1,00
123	3,89	2,40	4,20	5,00	3,50	5,00	3,67	1,40	1,00	2,00	3,00
124	4,44	4,60	4,40	4,00	3,75	4,67	4,00	3,40	4,67	3,50	4,67
<b>Média DP</b>	<b>3,68± 0,71</b>	<b>3,14± 0,94</b>	<b>3,50± 0,79</b>	<b>4,42± 0,53</b>	<b>3,11± 0,94</b>	<b>3,9 ± 0,8</b>	<b>2,7 ± 0,97</b>	<b>1,76± 0,81</b>	<b>3,08± 1,14</b>	<b>2,42± 0,72</b>	<b>2,6 ± 1,14</b>
<b>Mediana</b>	<b>3,78</b>	<b>3,20</b>	<b>3,50</b>	<b>4,60</b>	<b>3,25</b>	<b>4,00</b>	<b>2,84</b>	<b>1,60</b>	<b>3,00</b>	<b>2,25</b>	<b>2,50</b>
<b>Mínimo – Máximo</b>	<b>1 - 5</b>	<b>1 - 5</b>	<b>1,2 - 5</b>	<b>2,6 - 5</b>	<b>1 - 5</b>	<b>1 - 5</b>	<b>1 - 5</b>	<b>1 - 5</b>	<b>1 - 5</b>	<b>1 - 4,25</b>	<b>1 - 5</b>

Fonte: Elaborado pela autora

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 5: Dados referentes à depressão, estresse e ansiedade em pacientes com DM2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>Depressão</b>	<b>Estresse</b>	<b>Ansiedade</b>
1	8,00	44,00	28,00
2	52,00	72,00	52,00
3	4,00	4,00	12,00
4	32,00	48,00	40,00
5	36,00	40,00	64,00
6	40,00	28,00	28,00
7	40,00	28,00	4,00
8	52,00	48,00	68,00
9	20,00	20,00	0,00
10	4,00	16,00	0,00
11	20,00	20,00	24,00
12	0,00	20,00	12,00
13	16,00	32,00	4,00
14	56,00	68,00	76,00
15	0,00	20,00	0,00
16	0,00	8,00	4,00
17	24,00	60,00	24,00
18	24,00	60,00	44,00
19	0,00	36,00	8,00
20	12,00	36,00	16,00
21	8,00	16,00	16,00
22	28,00	28,00	52,00
23	8,00	32,00	24,00
24	24,00	60,00	36,00
25	8,00	12,00	0,00
26	52,00	68,00	48,00
27	28,00	24,00	36,00
28	12,00	0,00	0,00
29	24,00	32,00	0,00
30	24,00	40,00	28,00

<b>Caso</b>	<b>Depressão</b>	<b>Estresse</b>	<b>Ansiedade</b>
31	0,00	4,00	20,00
32	48,00	64,00	24,00
33	48,00	68,00	60,00
34	32,00	32,00	16,00
35	16,00	12,00	12,00
36	0,00	36,00	8,00
37	20,00	8,00	12,00
38	0,00	12,00	4,00
39	8,00	12,00	12,00
40	68,00	68,00	52,00
41	48,00	40,00	28,00
42	48,00	76,00	44,00
43	0,00	8,00	4,00
44	16,00	16,00	40,00
45	4,00	12,00	12,00
46	16,00	20,00	8,00
47	20,00	32,00	20,00
48	72,00	84,00	72,00
49	48,00	72,00	56,00
50	40,00	44,00	40,00
51	60,00	60,00	56,00
52	0,00	4,00	0,00
53	84,00	84,00	64,00
54	4,00	4,00	12,00
55	8,00	36,00	48,00
56	28,00	20,00	8,00
57	20,00	32,00	0,00
58	36,00	36,00	16,00
59	0,00	8,00	8,00
60	52,00	40,00	8,00
61	0,00	28,00	0,00
62	52,00	52,00	44,00
63	28,00	80,00	32,00
64	8,00	20,00	4,00

<b>Caso</b>	<b>Depressão</b>	<b>Estresse</b>	<b>Ansiedade</b>
65	28,00	48,00	48,00
66	44,00	32,00	24,00
67	76,00	80,00	80,00
68	4,00	12,00	12,00
69	40,00	52,00	28,00
70	8,00	20,00	16,00
71	56,00	56,00	24,00
72	0,00	72,00	36,00
73	8,00	24,00	4,00
74	20,00	20,00	8,00
75	56,00	72,00	68,00
76	20,00	28,00	56,00
77	0,00	8,00	4,00
78	12,00	0,00	24,00
79	4,00	28,00	28,00
80	24,00	20,00	16,00
81	60,00	44,00	24,00
82	12,00	36,00	4,00
83	36,00	12,00	16,00
84	12,00	12,00	28,00
85	4,00	20,00	12,00
86	12,00	48,00	12,00
87	84,00	84,00	68,00
88	24,00	36,00	16,00
89	48,00	36,00	32,00
90	20,00	36,00	12,00
91	44,00	48,00	48,00
92	44,00	44,00	36,00
93	0,00	0,00	0,00
94	72,00	60,00	60,00
95	20,00	32,00	16,00
96	0,00	0,00	0,00
97	44,00	44,00	24,00

<b>Caso</b>	<b>Depressão</b>	<b>Estresse</b>	<b>Ansiedade</b>
98	16,00	16,00	24,00
99	40,00	64,00	36,00
100	20,00	12,00	12,00
101	0,00	0,00	12,00
102	76,00	44,00	52,00
103	52,00	64,00	40,00
104	36,00	44,00	40,00
105	44,00	36,00	28,00
106	72,00	72,00	84,00
107	8,00	16,00	28,00
108	48,00	64,00	60,00
109	40,00	32,00	20,00
110	44,00	44,00	32,00
111	48,00	60,00	44,00
112	0,00	16,00	0,00
113	28,00	28,00	36,00
114	40,00	52,00	28,00
115	28,00	52,00	48,00
116	44,00	60,00	24,00
117	0,00	24,00	8,00
118	4,00	8,00	4,00
119	8,00	8,00	16,00
120	8,00	4,00	4,00
121	56,00	60,00	44,00
122	12,00	20,00	12,00
123	20,00	24,00	40,00
124	40,00	60,00	84,00
<b>Média DP</b>	<b>27,06 ± 22,10</b>	<b>35,42 ± 22,60</b>	<b>26,90 ± 21,54</b>
<b>Mediana</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>24</b>
<b>Mínimo - Máximo</b>	<b>0 - 84</b>	<b>0 - 84</b>	<b>0 - 84</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 6: Dados antropométricos de pacientes com DM2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Altura (m)</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
1	56,10	1,56	23,05
2	73,80	1,68	26,24
3	60,90	1,71	20,83
4	63,50	1,68	23,05
5	83,60	1,60	32,66
6	68,80	1,63	25,89
7	69,20	1,54	29,18
8	89,20	1,63	33,57
9	70,60	1,61	27,24
10	72,80	1,59	28,80
11	86,90	1,68	30,97
12	71,30	1,62	27,03
13	76,00	1,70	26,30
14	111,00	1,66	40,28
15	94,10	1,53	40,20
16	61,00	1,53	26,06
17	69,10	1,57	28,03
18	75,70	1,45	36,00
19	69,40	1,58	27,80
20	75,50	1,70	26,12
21	70,60	1,69	24,72
22	61,50	1,50	27,33
23	83,70	1,72	28,29
24	61,30	1,47	28,37
25	105,00	1,74	34,68
26	41,30	1,56	16,97
27	90,20	1,69	31,58



<b>Caso</b>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Altura (m)</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
28	96,00	1,78	30,30
29	63,90	1,72	21,60
30	79,20	1,50	35,20
31	63,10	1,62	24,04
32	78,80	1,59	31,17
33	88,80	1,59	35,13
34	77,00	1,68	27,28
35	53,20	1,62	20,27
36	30,70	1,30	18,17
37	56,10	1,59	22,19
38	65,70	1,56	27,00
39	43,70	1,52	18,91
40	90,10	1,68	31,92
41	146,70	1,62	55,90
42	76,00	1,70	26,30
43	91,40	1,66	33,17
44	71,90	1,49	32,39
45	74,00	1,70	25,61
46	66,90	1,55	27,85
47	83,50	1,65	30,67
48	90,50	1,58	36,25
49	78,30	1,56	106,00
50	107,30	1,62	40,89
51	81,80	1,58	32,77
52	100,60	1,75	32,85
53	93,10	1,57	37,77
54	69,80	1,59	27,61
55	73,00	1,61	28,16

<b>Caso</b>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Altura (m)</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
56	125,50	1,79	39,17
57	69,30	1,66	25,15
58	78,30	1,62	29,84
59	64,20	1,61	24,77
60	77,90	1,57	31,60
61	92,00	1,59	36,39
62	90,50	1,56	37,19
63	112,60	1,60	44,26
64	80,00	1,69	28,01
65	67,20	1,63	25,29
66	72,50	1,67	26,00
67	67,31	1,53	28,75
68	73,70	1,56	30,28
69	79,80	1,55	33,22
70	82,90	1,67	29,72
71	89,00	1,89	24,92
72	96,30	1,78	30,39
73	67,20	1,58	26,92
74	76,00	1,70	26,30
75	77,30	1,53	33,02
76	57,90	1,54	24,41
77	68,00	1,47	31,47
78	94,40	1,52	40,86
79	88,10	1,60	34,41
80	64,10	1,55	26,68
81	39,80	1,51	17,46
82	105,70	1,77	33,74
83	81,50	1,61	31,44

<b>Caso</b>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Altura (m)</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
84	92,00	1,53	39,30
85	107,50	1,85	31,41
86	79,50	1,57	32,25
87	77,20	1,53	32,98
88	77,60	1,56	31,89
89	77,50	1,65	28,47
90	73,30	1,60	28,63
91	91,90	1,48	41,96
92	90,10	1,56	37,02
93	78,00	1,80	24,07
94	50,10	1,55	20,85
95	72,00	1,60	28,13
96	60,10	1,46	28,19
97	78,20	1,55	32,55
98	83,70	1,52	36,23
99	43,50	1,41	21,88
100	74,60	1,69	26,12
101	55,20	1,49	24,86
102	58,50	1,55	24,35
103	78,20	1,58	31,33
104	89,60	1,67	32,13
105	56,70	1,60	22,15
106	84,00	1,53	35,88
107	69,20	1,61	26,70
108	79,40	1,53	34,14
109	60,50	1,57	24,54
110	101,30	1,82	30,58
111	65,40	1,55	27,22

<b>Caso</b>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Altura (m)</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
112	63,10	1,55	26,26
113	100,70	1,52	43,59
114	117,00	1,60	45,70
115	75,80	1,60	29,61
116	61,00	1,48	27,85
117	72,10	1,62	27,47
118	78,70	1,48	35,93
119	100,00	1,62	38,10
120	79,10	1,69	27,70
121	59,40	1,36	32,12
122	46,30	1,47	21,43
123	102,80	1,64	38,46
124	94,60	1,77	30,20
<b>Média DP</b>	<b>77,4 ± 17,69</b>	<b>1,6 ± 0,10</b>	<b>30,65 ± 9,19</b>
<b>Mediana</b>	<b>76,50</b>	<b>1,59</b>	<b>28,99</b>
<b>Mínimo - Máximo</b>	<b>30,7 - 146,7</b>	<b>1,30 - 1,9</b>	<b>16,97 – 55,90</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: IMC: Índice de Massa Corporal.

Valores de referência:

Adultos (30 a 59 anos)	Idosos (acima de 60 anos)
Baixo peso: <18,5	Baixo peso: < 22,0
Normal ou eutrófico: 18,5 - 24,9	Risco de déficit: 22,0 - 24,0
Sobrepeso: 25 - 29,9	Eutrofia: 24,0 - 27,0
Obesidade grau I: 30-34,9	Sobrepeso: > 27
Obesidade grau II: 35-39,9	
Obesidade grau III: ≥ 40,0	

Tabela 7: Dados referentes ao controle metabólico de pacientes com DM2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>GJ Média (mg/dL)</b>	<b>GPP Média (mg/dL)</b>	<b>HbA1c Média (%)</b>	<b>ΔHbA1c</b>	<b>Fruto Média (μmol/L)</b>
1	193,40	282,43	9,37	1,20	384,67
2	148,97	175,07	8,02	1,05	295,67
3	156,30	145,30	9,23	5,04	358,33
4	308,13	109,63	10,48	1,78	540,00
5	145,90	199,33	7,85	1,00	264,00
6	119,23	104,60	6,17	0,46	242,50
7	132,87	77,05	6,40	0,36	246,00
8	154,97	272,60	8,84	1,38	435,50
9	112,93	113,13	6,25	0,53	267,33
10	98,00	97,35	5,80	0,19	261,00
11	243,40	351,37	10,38	1,15	370,67
12	194,20	121,00	7,58	0,29	319,33
13	154,57	178,53	7,41	1,47	273,67
14	181,93	191,97	7,80	0,88	310,00
15	111,33	117,00	5,82	0,15	255,33
16	161,50	103,60	7,77	3,26	295,67
17	207,60	267,07	9,30	0,98	428,67
18	170,67	264,57	9,46	3,10	345,33
19	153,35	153,70	6,89	0,16	273,00
20	157,70	377,40	7,20	0,23	330,67
21	148,50	130,30	7,04	2,46	238,00
22	122,83	128,00	6,60	1,28	291,00
23	116,30	90,43	6,29	1,00	223,33
24	143,67	247,73	6,71	0,61	259,50
25	186,77	176,17	7,08	0,74	248,33
26	222,53	277,13	7,74	0,46	399,33
27	134,23	198,47	8,36	2,10	300,00
28	88,87	118,25	6,23	0,34	248,50
29	163,17	85,25	6,40	0,38	262,00
30	189,50	211,47	10,22	2,41	422,33
31	172,20	216,27	6,35	1,32	297,00

Caso	GJ Média (mg/dL)	GPP Média (mg/dL)	HbA1c Média (%)	$\Delta$ HbA1c	Fruto Média ( $\mu$ mol/L)
32	173,63	168,83	7,52	2,52	243,00
33	186,53	245,60	8,96	0,36	336,50
34	263,77	321,83	10,30	0,28	437,00
35	187,93	290,07	7,94	1,39	306,67
36	218,57	325,13	9,97	2,27	428,33
37	183,40	178,40	9,55	0,04	381,50
38	156,70	196,03	7,36	0,94	286,67
39	101,43	167,33	6,79	0,82	295,00
40	145,43	188,80	8,72	5,07	304,67
41	109,63	142,50	7,10	1,45	237,67
42	154,57	178,27	7,41	1,47	273,67
43	179,90	148,20	7,33	1,32	277,17
44	320,90	381,00	12,77	2,92	470,67
45	315,83	296,93	9,38	3,53	416,00
46	126,87	289,00	10,76	2,42	556,33
47	158,77	288,93	8,16	2,05	310,33
48	197,43	164,45	8,66	2,80	262,50
49	199,00	177,17	9,52	1,71	332,00
50	186,07	202,00	7,83	0,32	240,33
51	360,20	309,67	11,89	3,50	466,67
52	111,00	122,53	7,02	1,02	232,33
53	132,30	180,10	6,76	0,88	236,67
54	155,00	186,37	7,57	0,65	296,67
55	198,23	217,63	8,73	2,64	378,67
56	191,50	236,50	9,29	3,77	284,67
57	116,60	127,10	6,01	0,06	257,50
58	149,63	179,97	9,51	2,64	320,00
59	287,00	424,93	9,49	1,98	408,33
60	159,50	137,03	6,29	0,63	247,33

Caso	GJ Média (mg/dL)	GPP Média (mg/dL)	HbA1c Média (%)	$\Delta$ HbA1c	Fruto Média ( $\mu$ mol/L)
61	102,00	103,70	5,66	0,44	216,00
62	126,70	284,53	9,20	4,24	226,33
63	123,53	117,83	6,30	0,34	235,00
64	91,73	97,50	5,30	0,17	229,00
65	368,17	356,97	12,03	1,04	510,33
66	129,17	314,43	8,93	1,59	426,67
67	186,63	189,60	9,36	1,65	318,67
68	151,27	200,73	9,78	1,07	467,33
69	199,13	234,53	7,78	2,39	255,33
70	155,13	270,93	6,28	0,49	260,33
71	239,40	305,00	8,08	2,17	350,00
72	203,37	211,20	8,06	0,87	385,00
73	228,40	230,70	8,57	2,30	362,67
74	308,90	312,13	10,44	0,25	387,00
75	190,70	214,35	8,16	3,47	308,67
76	122,80	193,70	8,41	4,17	288,50
77	215,20	306,50	9,95	1,27	369,00
78	151,10	202,00	6,79	1,19	264,33
79	286,33	235,50	9,26	4,23	313,00
80	155,60	196,87	7,89	1,71	316,67
81	99,33	100,80	6,22	0,49	311,00
82	140,43	140,00	7,27	0,26	266,00
83	131,33	167,47	6,48	0,64	257,50
84	112,13	128,60	6,21	0,82	236,00
85	161,33	152,30	7,09	0,95	273,00
86	145,13	200,03	6,74	1,35	335,00
87	176,70	226,02	7,64	3,35	248,00
88	229,73	252,03	10,09	0,72	441,00
89	95,63	177,93	6,67	1,21	277,67

<b>Caso</b>	<b>GJ Média (mg/dL)</b>	<b>GPP Média (mg/dL)</b>	<b>HbA1c Média (%)</b>	<b>ΔHbA1c</b>	<b>Fruto Média (μmol/L)</b>
<b>90</b>	145,57	146,33	8,85	3,29	368,00
<b>91</b>	249,45	444,97	8,83	1,65	346,00
<b>92</b>	148,30	103,08	7,08	0,17	218,33
<b>93</b>	173,17	156,17	6,59	1,78	347,00
<b>94</b>	130,77	195,07	7,80	2,47	356,67
<b>95</b>	270,63	257,20	8,70	1,80	347,00
<b>96</b>	191,13	182,23	8,77	0,14	346,33
<b>97</b>	123,63	149,33	7,14	0,32	279,33
<b>98</b>	137,27	245,90	9,70	0,94	392,67
<b>99</b>	165,47	295,00	11,40	2,21	498,67
<b>100</b>	125,47	281,20	9,15	1,47	408,33
<b>101</b>	174,93	164,10	7,39	0,82	328,00
<b>102</b>	206,37	234,83	10,49	2,97	331,67
<b>103</b>	163,90	218,23	8,26	1,41	272,67
<b>104</b>	119,23	119,17	6,39	0,46	234,00
<b>105</b>	151,07	276,37	10,03	2,08	457,67
<b>106</b>	162,97	263,07	10,42	3,55	284,50
<b>107</b>	122,90	282,67	8,20	2,41	340,33
<b>108</b>	221,90	211,90	9,48	1,17	334,50
<b>109</b>	134,47	159,07	7,16	0,68	242,00
<b>110</b>	183,90	167,80	8,45	4,90	401,33
<b>111</b>	229,53	275,80	7,58	0,19	384,67
<b>112</b>	98,30	121,10	5,89	0,35	245,33
<b>113</b>	131,37	114,77	6,33	0,30	244,00
<b>114</b>	314,37	327,50	10,66	2,07	343,33
<b>115</b>	205,97	204,37	10,67	2,84	385,00
<b>116</b>	94,50	111,60	5,64	0,58	260,50
<b>117</b>	108,80	216,67	7,92	0,77	355,00
<b>118</b>	127,87	149,93	6,79	0,91	298,00



Caso	GJ Média (mg/dL)	GPP Média (mg/dL)	HbA1c Média (%)	$\Delta$ HbA1c	Fruto Média ( $\mu$ mol/L)
119	159,27	190,67	8,05	1,89	284,67
120	116,77	166,30	6,86	1,73	406,67
121	227,53	369,43	9,37	0,90	367,67
122	103,93	173,83	6,81	0,68	263,00
123	142,53	200,25	7,20	0,18	255,50
124	144,60	167,67	7,22	2,99	317,00
<b>Média DP</b>	<b>170,63 <math>\pm</math> 57,59</b>	<b>205,82 <math>\pm</math> 77,40</b>	<b>8,11 <math>\pm</math> 1,55</b>	<b>1,51 <math>\pm</math> 1,19</b>	<b>321,71 <math>\pm</math> 74,80</b>
<b>Mediana</b>	<b>156,50</b>	<b>194,38</b>	<b>7,84</b>	<b>1,20</b>	<b>307,67</b>
<b>Mínimo - Máximo</b>	<b>88,9 - 368,2</b>	<b>77,05 - 444,9</b>	<b>5,3 - 12,8</b>	<b>0,04 - 5,0</b>	<b>216 - 556,3</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: GJ: glicemia de jejum (mg/dL); GPP: glicemia pós-prandial (mg/dL); HbA1c: hemoglobina glicada (%);  $\Delta$ HbA1c: variação da hemoglobina glicada; Fruto: frutossamina ( $\mu$ mol/L).

Valores de referência:	
Glicemia de Jejum: < 100 (mg/dL)	Hemoglobina Glicada: < 7%
Pós-prandial: < 160 (mg/dL)	Frutossamina: 205 - 285 $\mu$ mol/L

Tabela 8: Dados do perfil lipídico de pacientes com DM2, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

<b>Caso</b>	<b>COLT Média (mg/dL)</b>	<b>HDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>NÃO-HDL Média(mg/dL)</b>	<b>LDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>TGL Média (mg/dL)</b>
<b>1</b>	185,63	55,33	130,30	107,80	127,67
<b>2</b>	150,13	58,00	92,13	61,23	150,67
<b>3</b>	198,35	46,67	151,68	122,20	112,00
<b>4</b>	156,90	53,50	103,40	82,30	105,50
<b>5</b>	175,77	53,67	122,10	68,23	269,67
<b>6</b>	186,07	58,33	127,73	111,93	79,00
<b>7</b>	185,53	69,00	116,53	99,30	87,67
<b>8</b>	137,80	42,67	95,13	94,60	169,33
<b>9</b>	191,93	47,33	144,60	137,77	115,67
<b>10</b>	160,33	104,60	55,73	93,20	57,33
<b>11</b>	149,50	31,33	118,17	73,23	224,67
<b>12</b>	127,00	35,00	92,00	59,90	162,00
<b>13</b>	107,63	34,00	73,63	47,27	132,33
<b>14</b>	156,43	56,50	99,93	90,85	103,37
<b>15</b>	141,30	59,00	82,30	58,70	118,00
<b>16</b>	155,77	61,00	94,77	81,23	68,33
<b>17</b>	175,70	60,00	115,70	92,47	116,00
<b>18</b>	180,87	43,33	137,53	94,70	283,67
<b>19</b>	142,68	41,00	101,68	78,70	117,00
<b>20</b>	143,63	40,50	103,13	86,40	86,00
<b>21</b>	179,97	25,33	154,63	129,53	128,00
<b>22</b>	409,07	59,00	350,07	309,67	202,00
<b>23</b>	153,20	60,33	92,87	74,67	91,00
<b>24</b>	136,73	54,67	82,07	62,93	95,67
<b>25</b>	109,40	42,00	67,40	49,47	91,67
<b>26</b>	181,93	64,67	117,27	93,53	119,00
<b>27</b>	137,53	37,00	100,53	56,25	191,67
<b>28</b>	208,90	33,00	175,90	134,80	248,33

<b>Caso</b>	<b>COLT Média (mg/dL)</b>	<b>HDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>NÃO-HDL Média(mg/dL)</b>	<b>LDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>TGL Média (mg/dL)</b>
<b>29</b>	163,67	48,00	115,67	73,53	210,67
<b>30</b>	174,30	73,43	100,87	81,53	96,67
<b>31</b>	157,30	47,90	109,40	84,00	126,00
<b>32</b>	179,10	33,00	146,10	89,40	282,33
<b>33</b>	229,00	51,00	178,00	126,45	257,33
<b>34</b>	165,83	34,67	131,17	103,13	140,67
<b>35</b>	170,77	50,00	120,77	102,70	92,00
<b>36</b>	167,27	57,50	109,77	71,75	84,67
<b>37</b>	176,90	50,33	126,57	86,10	202,33
<b>38</b>	174,47	42,67	131,80	99,40	162,00
<b>39</b>	195,10	69,33	125,77	99,10	133,33
<b>40</b>	187,60	22,50	165,10	78,60	272,00
<b>41</b>	202,97	41,00	161,97	138,73	131,00
<b>42</b>	107,60	34,00	73,60	47,27	132,33
<b>43</b>	156,03	66,57	89,47	60,60	185,33
<b>44</b>	167,43	37,00	130,43	95,75	173,50
<b>45</b>	134,43	53,00	81,43	62,73	95,33
<b>46</b>	143,40	38,33	105,07	72,57	163,00
<b>47</b>	172,13	42,00	130,13	79,33	142,67
<b>48</b>	106,17	41,67	64,50	40,57	119,67
<b>49</b>	139,53	63,90	75,63	59,10	93,33
<b>50</b>	197,03	51,00	146,03	53,43	321,67
<b>51</b>	164,20	68,20	96,00	78,17	161,33
<b>52</b>	158,20	28,67	129,53	69,57	225,00
<b>53</b>	138,97	52,33	86,63	35,53	218,00
<b>54</b>	213,57	82,33	131,23	110,17	74,33
<b>55</b>	202,25	109,00	93,25	76,45	84,00
<b>56</b>	131,23	33,00	98,23	74,70	189,67
<b>57</b>	262,00	68,00	194,00	165,93	140,33

<b>Caso</b>	<b>COLT Média (mg/dL)</b>	<b>HDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>NÃO-HDL Média(mg/dL)</b>	<b>LDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>TGL Média (mg/dL)</b>
<b>58</b>	135,90	49,50	86,40	54,70	139,67
<b>59</b>	247,20	56,33	190,87	163,20	138,33
<b>60</b>	177,07	47,33	129,73	99,93	149,00
<b>61</b>	205,63	45,67	159,97	118,57	192,00
<b>62</b>	166,20	47,33	118,87	88,37	142,67
<b>63</b>	191,27	47,70	143,57	93,95	338,00
<b>64</b>	175,40	38,00	137,40	67,30	184,33
<b>65</b>	223,00	44,00	179,00	134,10	224,50
<b>66</b>	106,10	34,33	71,77	54,80	108,67
<b>67</b>	212,97	49,67	163,30	125,23	191,67
<b>68</b>	123,27	57,07	66,20	41,90	116,67
<b>69</b>	168,73	37,67	131,07	127,67	183,67
<b>70</b>	171,70	45,73	125,97	90,37	178,33
<b>71</b>	146,13	44,00	102,13	80,27	109,33
<b>72</b>	154,20	60,67	93,53	75,37	91,33
<b>73</b>	152,40	38,50	113,90	103,57	263,23
<b>74</b>	256,70	32,50	224,20	155,53	279,33
<b>75</b>	212,60	42,00	170,60	129,30	206,50
<b>76</b>	199,07	37,50	161,57	145,05	201,00
<b>77</b>	154,93	66,67	88,27	64,53	118,67
<b>78</b>	170,20	49,00	121,20	107,67	108,50
<b>79</b>	309,83	36,00	273,83	410,60	462,67
<b>80</b>	130,57	51,00	79,57	55,93	118,67
<b>81</b>	168,27	73,67	94,60	83,30	58,00
<b>82</b>	112,50	28,67	83,83	56,10	138,67
<b>83</b>	150,17	34,50	115,67	65,03	278,00
<b>84</b>	171,23	59,00	112,23	82,43	148,67
<b>85</b>	156,90	46,00	110,90	74,00	184,50
<b>86</b>	176,63	43,67	132,97	94,23	194,33

<b>Caso</b>	<b>COLT Média (mg/dL)</b>	<b>HDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>NÃO-HDL Média(mg/dL)</b>	<b>LDL-c Média (mg/dL)</b>	<b>TGL Média (mg/dL)</b>
<b>87</b>	134,43	34,33	100,10	108,90	155,67
<b>88</b>	143,33	29,67	113,67	84,73	194,33
<b>89</b>	227,59	65,67	161,92	128,10	90,33
<b>90</b>	226,60	79,67	146,93	120,33	198,67
<b>91</b>	156,63	39,50	117,13	80,75	213,33
<b>92</b>	170,87	107,67	63,20	82,73	152,33
<b>93</b>	111,77	42,00	69,77	54,77	75,00
<b>94</b>	152,43	90,50	61,93	60,07	72,00
<b>95</b>	184,87	66,00	118,87	82,53	180,33
<b>96</b>	151,73	28,00	123,73	85,20	404,67
<b>97</b>	146,50	26,33	120,17	101,00	406,33
<b>98</b>	136,70	68,00	68,70	46,73	106,00
<b>99</b>	135,67	51,00	84,67	64,07	103,00
<b>100</b>	131,93	37,50	94,43	72,40	116,33
<b>101</b>	179,37	62,33	117,03	91,97	125,33
<b>102</b>	200,77	72,00	128,77	73,30	137,00
<b>103</b>	155,50	32,00	123,50	87,50	190,00
<b>104</b>	186,00	59,00	127,00	88,80	191,00
<b>105</b>	119,03	55,00	64,03	48,43	79,00
<b>106</b>	169,43	59,00	110,43	80,50	176,67
<b>107</b>	146,20	62,33	83,87	72,47	57,00
<b>108</b>	242,60	54,00	188,60	132,45	281,00
<b>109</b>	163,43	41,67	121,77	95,60	133,33
<b>110</b>	207,07	38,50	168,57	140,90	155,50
<b>111</b>	130,90	45,00	85,90	43,05	136,67
<b>112</b>	202,00	36,50	165,50	146,37	103,00
<b>113</b>	108,63	36,00	72,63	49,23	132,00
<b>114</b>	154,67	53,33	101,33	79,27	110,33
<b>115</b>	155,23	63,50	91,73	65,00	63,33

Caso	COLT Média (mg/dL)	HDL-c Média (mg/dL)	NÃO-HDL Média(mg/dL)	LDL-c Média (mg/dL)	TGL Média (mg/dL)
116	141,97	43,00	98,97	76,25	152,67
117	146,80	47,00	99,80	66,27	168,00
118	164,50	56,00	108,50	91,97	82,67
119	188,67	34,33	154,33	92,33	310,00
120	108,77	56,67	52,10	43,50	53,00
121	188,83	46,33	142,50	102,10	326,33
122	174,10	37,67	136,44	103,57	164,33
123	149,80	39,00	110,80	67,35	217,50
124	125,40	36,67	88,73	55,73	165,00
<b>Média DP</b>	<b>168,64 ± 41,24</b>	<b>49,95 ± 15,90</b>	<b>118,7 ± 41,53</b>	<b>90,95 ± 45,02</b>	<b>161,22 ± 76,25</b>
<b>Mediana</b>	<b>164,35</b>	<b>47,33</b>	<b>115,67</b>	<b>82,63</b>	<b>141,70</b>
<b>Mínimo - Máximo</b>	<b>106,10 - 409,10</b>	<b>22,50 - 109</b>	<b>52,1 - 350,10</b>	<b>35,53 - 410,60</b>	<b>53 - 462,70</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: COLT: colesterol total (mg/dL); HDL-c - high density lipoprotein cholesterol (mg/dL); LDL-c: low density lipoprotein cholesterol (mg/dL); TGL: triglicérides (mg/dL).

Valores de referência:		
Colesterol total: < 190 mg/dL-Desejável	LDL-c: <130 mg/dL-Baixo	NÃO-HDL-c: <160 mg/dL- Baixo
HDL-c: > 40 mg/dL- Desejável	LDL-c: <100 mg/dL -Intermediário	NÃO-HDL-c: <130 mg/dL- Intermediário
Triglicérides: <150 mg/dL-Desejável	LDL-c: < 70 mg/dL -Alto	NÃO-HDL-c: < 100 mg/dL- Alto
	LDL-c: < 50 mg/dL -Muito Alto	NÃO-HDL-c: < 80 mg/dL -Muito Alto