



Factors associated with glycemic control in people with diabetes at the Family Health Strategy in Pernambuco*

Fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com diabetes na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco

Factores asociados con el control glucémico en personas con diabetes en la Estrategia Salud de la Familia en Pernambuco

Rodrigo Fonseca Lima¹, Annick Fontbonne², Eduardo Maia Freese de Carvalho¹, Ulisses Ramos Montarroyos³, Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto¹, Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹

How to cite this article:

Lima RF, Fontbonne A, Carvalho EMF, Montarroyos UR, Barreto MNSC, Cesse EAP. Factors associated with glycemic control in people with diabetes at the Family Health Strategy in Pernambuco. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(6):937-944. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700009>

* Extracted from the dissertation "Fatores associados ao controle glicêmico inadequado em diabéticos tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco", Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, PE, Brazil.

² Institut de Recherche Pour Le Développement, Montpellier, France.

³ Universidade de Pernambuco, Instituto de Ciências Biológicas, Recife, PE, Brazil.

ABSTRACT

Objective: Identifying factors associated with glycemic control in people with type 2 Diabetes Mellitus (DM) registered in the Family Health Strategy (FHS) in Pernambuco, Brazil. **Method:** Associations between glycemic control (glycosylated hemoglobin A lower or equal to 7%) presented by people with DM and variables related to sociodemographic conditions, lifestyle, characteristics of diabetes, treatment and follow-up of patients by health services were investigated by multiple regression. **Results:** More than 65% of the participants presented inadequate glycemic control, especially those with lower age, longer illness duration, more annual contacts with FHS and complex therapeutic regimen. People with DM without referrals to specialists presented greater glycemic control. Associations with education level and obesity did not remain significant in the multivariate model. **Conclusion:** The evolution of diabetes hinders adequate control, however, attention to younger people with DM and referrals to specialists are factors that can improve glycemic control.

DESCRIPTORS

Diabetes Mellitus Type 2; Primary Health Care; Hemoglobin A, Glycosylated; Family Health Strategy.

Corresponding author:

Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Av. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitaria
CEP 50670-420 – Recife, PE, Brazil
educesse@cpqam.fiocruz.br

Received: 04/06/2016
Approved: 10/19/2016

INTRODUCTION

During the last century, changes in the epidemiological profile of the population have been observed resulting from the process of epidemiological transition marked by an increase in Chronic Non-communicable Diseases (CNCD) ⁽¹⁾, among them Diabetes Mellitus (DM).

In 2010, there were 285 million adults (20-79 years) with DM, 6.4% in terms of worldwide prevalence⁽²⁾. In Brazil, according to VIGITEL (*Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* – Telephone-based Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases) research under the Ministry of Health, the percentage of adults who reported having a diagnosis of DM in considering Brazilian capitals and the Federal District in 2013, corresponded to 6.9%. For the Northeast and the capital of Pernambuco, the percentage was 6.3% and 6.1%, respectively⁽³⁾.

For the effective control of DM, in addition to evaluating blood pressure, lipid levels and aspects related to physical activity and diet, it is essential that glycemic values are constantly evaluated, since they reflect the adequacy and effectiveness of the current therapeutic plan. Among the measurements for evaluating glycemic control, glycosylated hemoglobin A (hemoglobin A1c) stands out as being considered the standard for long-term evaluation of glycemic control⁽⁴⁾.

As important as the data on glycemic control are the factors that can potentially influence them, so that knowledge of these aspects allows health interventions to be adapted, possibly resulting in the improved clinical condition of people with DM⁽⁵⁾. Few studies on this aspect are available in Brazil, and to the authors' knowledge, none have been carried out on a representative sample of people with diabetes in primary care. In this context, this article aims to identify the factors associated with glycemic control presented by people with type 2 DM enrolled in the Family Health Strategy (FHS), as selected to represent this population in the state of Pernambuco, Brazil.

METHOD

This is a quantitative sectional study. The data considered came from the SERVIDIAH study (Evaluation of Health Care Services for Diabetics and Hypertensives within the Family Health Program), conducted between November 2009 and December 2010, with a probabilistic sample of people with type 2 DM registered at the FHS in the state of Pernambuco, Brazil⁽⁶⁾.

The sample design of the SERVIDIAH study was conceived in such a way as to allow representativeness of the municipalities of Pernambuco according to their size, with large municipalities (Recife, Caruaru and Petrolina) chosen by the representativeness criterion, and 16 medium-sized and 16 small-size municipalities randomly selected by draw. Family Health teams were drawn in each municipality based on the ratio of the total of the teams operating in the state of Pernambuco in August 2008, according to the last report of the National Registry of Health Facilities (*Cadastro Nacional*

de Estabelecimentos de Saúde – CNES). Fifteen percent (15%) of the total Family Health teams of the municipalities were randomly drawn in proportion to the population size, and another systematic draw of between 3 and 6 was carried out for each of the teams (depending on the size of the municipality) of people with DM (Inclusion criterion of age being greater than or equal to 20 years), based on the manual registry of Community Health Agents (CHA), thus totaling 822 participants. This process did not require estimating the population or the number of people with DM in the participating municipalities in order to carry out the draw. Of the total number of interviewees in the SERVIDIAH study, this article only considered the data of participants with valid results of hemoglobin A1c, totaling a sample of 787 people.

Data were collected by field researchers previously trained for interviewing. A structured questionnaire specifically designed by the researchers for this study was used, containing variables related to the history of the chronic condition and its follow-up by the FHS, socioeconomic indicators, lifestyle, healthcare expenses, complications, anthropometric measurements (weight, height, waist and hip circumferences), blood pressure, and hemoglobin A1c levels, among others. Hemoglobin A1c levels were performed on a capillary blood sample by a portable device which provided the result within a few minutes (in2it[®], by Bio-Rad).

After being informed about the objectives and procedures of the study, as well as signing the Clear and Informed Consent Form, participants were interviewed at home or in the FHS team's room/office. The SERVIDIAH study was approved by the Research Ethics Committee of the Aggeu Magalhães Research Center – CEP/CPqAM (registration number 43/2008) – and the National Commission of Ethics in Research – CONEP (Opinion no. 889/2008).

The dependent variable corresponded to glycemic control, being categorized according to the Brazilian Society of Diabetes⁽⁴⁾, so that participants with hemoglobin A1c lower than 7% were considered people with DM with adequate glycemic control, and those with hemoglobin A1c greater than or equal to 7% were people with inadequate glycemic control.

The explanatory variables involved socioeconomic and demographic characteristics, basic health actions (follow-up/access to treatment), aspects related to the effects/control produced by care such as drug treatment, modifiable risk factors (lifestyle) and clinical characteristics. Among the modifiable risk factors, leisure physical activity was categorized as "yes" or "no" (sedentary). Among the clinical characteristics, the complications resulting from DM considered were: complications in the eyes (questioned as eye complication confirmed by professional); complications in the kidneys (questioned as a malfunction of the kidneys due to DM); cardiovascular diseases (questioned as heart problem due to DM); persistent sexual problems (only questioned for men); neuropathy (questioned as unbearable and permanent pain/itchiness in the lower limbs).

In addition, anthropometric measurements and blood pressure were also considered. Weight was measured using a Tanita BC553 digital scale (Tanita Corporation, Tokyo,

Japan), with precision of 0.1 kilogram. Height was measured with a portable stadiometer (Alturaexata, Belo Horizonte), with an accuracy of 1 millimeter. Systolic and diastolic blood pressures were measured with an Omron HEM-650 electronic pulse tensiometer (Omron Healthcare Inc., Kyoto, Japan) three times during the interview, with the person sitting for at least 10 minutes prior to measuring, and statistical analyzes were performed with the average of the three values.

Categorical variables were described by absolute and relative frequency calculations, and continuous variables were reported by mean (\pm standard deviation). Chi-square test and Fisher's exact test were adopted for testing association of categorical variables, when necessary. Student's t-test was used for the continuous variables. In order to measure the effect of the independent variables on the analyzed outcome, a multiple logistic regression model was used with a robust estimate of variance, with Odds Ratio (OR) being the analyzed effect measure (with its respective confidence intervals of 95%). A forward multivariate analysis was implemented having a significance of up to 20% ($p < 0.20$) in the univariate analysis as input criterion, and significance of up to 10% ($p < 0.10$) as output criterion. Data analysis was performed using R statistical software, version 2.13.1., and using a 5% significance level as reference.

RESULTS

Of the 787 participants selected for the study, 68.2% were female and the mean age was 61.1 (\pm 13.1) years. Regarding socioeconomic level, 85.5% were illiterate or had incomplete elementary education, the majority were retired (59.8%), and 31.9% had income below a minimum wage. According to the lifestyle, 29.7% practiced leisurely physical activity, 69.4% had a healthy diet and 12.8% were smokers (Table 1).

Of the total, 242 people with DM were classified as controlled regarding glycemic level (Hemoglobin A1c $<$ 7%), which corresponds to a prevalence of 30.7% (CI 95%: 27.5-34.0%); Hemoglobin A1c mean was 8.7% \pm 2.4%.

With respect to sociodemographic and lifestyle variables (Table 1), it was shown that inadequate glycemic control was more frequent as to the duration of increased diabetes. In addition, the mean age of those with DM with inadequate control was lower compared to those with well-controlled DM. There was a tendency for better adequacy of glycemic control as the educational level increased, with significant OR for people with DM who completed high school education or higher. The risk of inadequate control was significantly higher in the category of workers without income (housewives and students). There were no significant associations between glycemic control and lifestyle, gender or income.

Table 1 – Association of inadequate glycemic control according to sociodemographic variables and lifestyle – Recife, PE, Brazil, 2009-2010.

Characteristics	Total sample	Glycemic Control		OR (CI 95%):	<i>p</i> -value
		Inadequate (A1c \geq 7%)	Adequate (A1c $<$ 7%)		
Duration of illness	8.6 \pm 7.5	9.5 \pm 7.8	6.5 \pm 6.3	1.37* (1.20 – 1.56)	$<$ 0.001
Duration of illness					
$<$ 5 years	286 (38.3%)	171 (59.8%)	115 (40.2%)	Reference	–
From 5 to 9 years	174 (23.3%)	128 (73.6%)	46 (26.4%)	1.87 (1.23 – 2.86)	0.003
10 years or longer	286 (38.3%)	221 (77.3%)	65 (22.7%)	2.27(1.45 – 3.33)	$<$ 0.001
Sociodemographic					
Gender					
Male	250 (31.8%)	169 (67.6%)	81 (32.4%)	Reference	–
Female	537 (68.2%)	376 (70.0%)	161 (30.0%)	1.12 (0.80 – 1.54)	0.494
Age (in years)	61.1 \pm 13.1	60.4 \pm 12.8	62.6 \pm 13.6	0.93* (0.88 – 0.99)	0.029
Age group					
$<$ 45	83 (10.6%)	58 (69.9%)	25 (30.1%)	Reference	–
45– 59	263 (33.4%)	191 (72.6%)	72 (27.4%)	1.15 (0.67 – 1.96)	0.628
60– 74	333 (42.3%)	231 (69.4%)	102 (30.6%)	0.98 (0.58 – 1.64)	0.928
\geq 75	108 (13.7%)	65 (60.2%)	43 (39.8%)	0.65 (0.36 – 1.19)	0.167
Education level					
Illiterate	300 (38.1%)	218 (72.7%)	82 (27.3%)	Reference	–
Incomplete primary education	373 (47.4%)	254 (68.1%)	119 (31.9%)	0.80 (0.57 – 1.12)	0.198
Complete primary education	52 (6.6%)	36 (69.2%)	16 (30.8%)	0.85 (0.45 – 1.61)	0.610
Secondary education or higher	62 (7.9%)	37 (59.7%)	25 (40.3%)	0.55 (0.31 – 0.98)	0.043

continued...

...continuation

Characteristics	Total sample	Glycemic Control		OR (CI 95%):	p-value
		Inadequate (A1c \geq 7%)	Adequate (A1c < 7%)		
Occupation					
Retired/Pensioner/Disabled assistance	468 (59.8%)	312 (66.7%)	156 (33.3%)	Reference	–
Working	157 (20.0%)	113 (72.0%)	44 (28.0%)	1.28 (0.86 – 1.91)	0.218
Unemployed	30 (3.8%)	21 (70.0%)	9 (30.0%)	1.17 (0.52 – 2.61)	0.707
Housewife/student	128 (16.4%)	98 (76.6%)	30 (23.4%)	1.63 (1.03 – 2.57)	0.033
Family income					
< 1 MW	233 (31.9%)	162 (69.5%)	71 (30.5%)	Reference	–
\geq 1 MW	497 (68.1%)	342 (68.8%)	155 (31.2%)	0.97 (0.69 – 1.35)	0.846
Lifestyle					
Practices leisurely physical activity					
Yes	231 (29.7%)	153 (66.2%)	78 (33.8%)	Reference	–
No	546 (70.7%)	383 (70.1%)	163 (29.9%)	1.20 (0.86 – 1.67)	0.281
Adopts a healthy diet					
Yes	538 (69.4%)	368 (68.4%)	170 (31.6%)	Reference	–
No	237 (30.6%)	169 (71.3%)	68 (28.7%)	1.15 (0.82 – 1.61)	0.419
Smokes					
Currently a smoker	101 (12.8%)	73 (62.3%)	28 (37.7%)	Reference	–
Quit smoking	322 (40.9%)	218 (67.7%)	104 (32.3%)	0.81 (0.49 – 1.31)	0.387
Never smoked	364 (46.2%)	254 (69.8%)	110 (30.2%)	0.88 (0.54 – 1.45)	0.627

* Increased chance at every increase of 5 years.

Data reported as mean \pm SD or N (%). A1c: glycosylated hemoglobin A; CI: Confidence Interval; MW: Minimum Wage; OR: Odds Ratio. T-test < 0.05 for continuous variables and χ^2 test < 0.05 for categorical variables.

Regarding clinical aspects, 73.6% were overweight or obese, and 39.1% of the respondents had at least two complications due to DM (Table 2).

In relation to follow-up, treatment and health status variables (Table 2), inadequate glycemic control appeared more frequently among people with DM with normal weight who

reported having three or more complications of the disease, and those non-referred to endocrinologist or cardiologist in the last 12 months. Inadequate glycemic control was also more frequent as drug treatment became more complex and less frequent when the user had no contact with the FHS in the past 12 months.

Table 2 – Association of glycemic control according to the anthropometric and clinical aspects, drug monitoring and treatment characteristics – Recife, PE, Brazil, 2009-2010.

Characteristic	Total sample	Glycemic Control		OR (CI 95%):	p-value
		Inadequate (A1c \geq 7%)	Adequate (A1c < 7%)		
Anthropometric and clinical aspects					
BMI (Kg/m ²)	28.4 \pm 5.3	28.2 \pm 5.3	29.0 \pm 5.2	0.97 (0.94 – 1.00)	0.084
Nutritional state					
Normal	188 (26.4%)	142 (75.5%)	46 (24.5%)	Reference	–
Overweight	282 (39.6%)	191 (67.7%)	91 (32.3%)	0.68 (0.45 – 1.03)	0.069
Obese	242 (34.0%)	160 (66.1%)	82 (33.9%)	0.63 (0.41 – 0.97)	0.035
Complications due to DM					
None	149 (21.2%)	103 (69.1%)	46 (30.9%)	Reference	–
1	279 (39.6%)	182 (65.2%)	97 (34.8%)	0.84 (0.55 – 1.28)	0.416
2	182 (25.8%)	126 (69.2%)	56 (30.8%)	1.00 (0.63 – 1.61)	0.984
\geq 3	94 (13.3%)	76 (80.9%)	18 (19.1%)	1.87 (1.02 – 3.57)	0.045

continued...

...continuation

Characteristic	Total sample	Glycemic Control		OR (CI 95%):	p-value
		Inadequate (A1c \geq 7%)	Adequate (A1c < 7%)		
Characteristics of monitoring*					
Number of contacts with the FHS					
≥ 4 times	281 (37.7%)	206 (73.3%)	75 (26.7%)	Reference	–
1 – 3 times	262 (35.1%)	183 (69.9%)	79 (30.1%)	0.84 (0.58 – 1.22)	0.371
None	203 (27.2%)	125 (61.6%)	78 (38.4%)	0.58 (0.39 – 0.86)	0.006
Referral to endocrinologists					
Yes	133 (17.0%)	81 (60.9%)	52 (39.1%)	Reference	–
No	649 (83.0%)	460 (70.9%)	189 (29.1%)	1.56 (1.06 – 2.32)	0.024
Referral to cardiologists					
Yes	258 (33.0%)	167 (64.7%)	91 (35.3%)	Reference	–
No	524 (67.0%)	374 (71.4%)	150 (28.6%)	1.35 (0.99 – 1.87)	0.059
Participated in educational activities					
Yes	167 (21.5%)	122 (73.0%)	45 (27.0%)	Reference	–
No	608 (78.5%)	415 (68.3%)	193 (31.7%)	0.79 (0.54 – 1.16)	0.235
Drug treatment					
Without medications and/or insulin	57 (7.3%)	27 (47.3%)	30 (52.7%)	Reference	–
Oral monotherapy	420 (54.0%)	273 (65.0%)	147 (35.0%)	2.06 (1.18 – 3.60)	0.011
Combined oral therapy	249 (32.0%)	197 (79.1%)	52 (20.9%)	4.21 (2.30 – 7.69)	< 0.001
Insulin therapy with or without OAD	52 (6.7%)	44 (84.6%)	8 (15.4%)	6.11 (2.45 – 15.3)	< 0.001

*During the 12 months prior to the interview.

Data reported as mean \pm SD or N (%). A1c: Glycosylated hemoglobin A; OAD: Oral antidiabetic; FHS: Family Health Strategy; CI: Confidence Interval; BMI: Body Mass Index; OR: Odds Ratio. T-test < 0.05 for continuous variables and χ^2 test < 0.05 for categorical variables.

The final model showed that variables such as: age in its continuous form, duration of illness, therapeutic regimen, referral to the endocrinologist, and number of contacts with the FHS during the 12 months prior to the interview remained associated with inadequate glycemic control (Table 3). Younger people with DM with a longer duration

of the disease, a complex therapeutic regimen involving more than one OAD (oral antidiabetic) and/or insulin, who were not referred to an endocrinologist during the 12 months prior to the research, and those with more contacts with the FHS in the same period were significantly more likely to have inadequate glycemic control.

Table 3 – Multivariate analysis by logistic regression of the potential predictors of glycemic control (final model) – Recife, PE, Brazil, 2009-2010.

Variables	OR (CI 95%):	p-value
Age (in years)	0.91 (0.86 – 0.97)	0.006
Duration of illness		
< 5 years	Reference	–
From 5 to 9 years	1.90 (1.23 – 2.92)	0.004
10 years and longer	2.32 (1.56 – 3.45)	< 0.001
Referral to endocrinologists*		
Yes	Reference	–
No	1.97 (1.30 – 3.00)	0.001
Drug treatment		
Without medication and/or insulin	Reference	–
Oral monotherapy	2.01 (1.11 – 3.62)	0.020
Combined oral therapy	3.60 (1.89 – 6.84)	< 0.001
Insulin therapy with or without OAD	5.12 (1.93 – 13.6)	0.001

continued...

...continuation

Variables	OR (CI 95%):	p-value
Number of contacts with the FHS*		
≥ 4 times	Reference	–
1– 3 times	0.95 (0.64 – 1.40)	0.790
None	0.69 (0.45 – 1.04)	0.074

OAD: Oral antidiabetic; FHS: Family Health Strategy; CI: Confidence interval; OR: Odds Ratio. *In the 12 months prior to the interview.

DISCUSSION

The results of this study showed a high prevalence of inadequate glycemic control (69.3%) among the participants. Similar to other studies conducted in Primary Health Care (PHC) outside Brazil⁽⁷⁻¹¹⁾, younger people with DM were more likely to have inadequate glycemic control. This result may be associated with the fact that older people with DM may be retired, and consequently have more time for self-care and DM monitoring⁽⁸⁾. In addition, a behavioral reason can be considered for this result, since older adults are more likely to perform self-monitoring of blood glucose more frequently⁽¹²⁾, a behavior that has a positive impact on glycemic control⁽⁴⁾. The participants with longer duration of the disease were significantly more likely to have inadequate glycemic control, which can be explained by the progressive evolution characteristic of the disease⁽³⁾.

The high rate of illiteracy among the studied subjects with DM stands out. The prevalence of inadequate glycemic control was not associated with this variable in the final model, although the results may point to a more adequate control tendency when the level of education increases, corroborating the results of other studies⁽¹³⁻¹⁶⁾ which demonstrated that having a higher education level is associated with better glycemic control. One justification for this may be a tendency for people with a higher education level to be more concerned about adhering to the prescribed therapy, as well as to comply with the clinical recommendations proposed by the health team involved⁽¹²⁻¹³⁾.

The variable of occupation was significantly associated with glycemic control for housewives/students. Other studies^(8-9,17) have suggested that having an occupation (represented in the forms of occupation and housewife/student categories) corresponds to a risk factor for the occurrence of inadequate glycemic control. This may be associated with the fact that people with DM that have an occupation have less free time to manage and monitor their illness⁽⁸⁾, a justification also applied to housewives and students. It is worth mentioning that interpersonal family stress associated to its role in family conflicts, including daily responsibilities, may also influence glycemic control⁽¹⁸⁾. However, this variable did not remain significant in the multivariate model.

Regarding lifestyle, the frequency of participants who performed some physical activity and declared adopting a healthy diet at the time of the interview was low, considering the importance of these habits for effective glycemic control⁽⁴⁾. Although the literature indicates this association between glycemic control and healthy lifestyle, a positive statistical relationship between the variables of this context

and glycemic control was not found, and was a result also observed in other studies developed in the PHC⁽¹⁹⁾.

The BMI variable was inversely related to glycemic control, unlike that found in other studies^(5,9,20). The most likely explanation for this result is the understanding of the causal relationship between the explanatory variable and the outcome variable: adequate glycemic control can cause weight gain instead of weight gain improving glycemic control⁽²¹⁻²²⁾. It is worth noting that the variable did not remain associated to glycemic control in the multivariate analysis.

Glycemic control, in addition to blood pressure and lipid control, physical activity and nutritional monitoring are important protection factors in relation to complications due to DM⁽⁴⁾. In the present study, the frequency of complications was considerable and superior to that found in other studies⁽²³⁾, and it may reflect the high prevalence of poor glycemic control. However, another explanation may be that these complications were only sought by questions asked of interviewed people with DM, without direct verification of their existence. In addition, respondents were not always able to respond accurately. Corroborating the literature^(4,24-25), the present study presented a positive statistical relationship between inadequate glycemic control and the occurrence of DM-related complications, although this variable was not maintained in the final model, perhaps because it was closely linked to the duration of diabetes.

The frequency of participants who had no contact with the FHS during the year prior to the interview was high and reflects the need for changes in relation to the services provided in the context of PHC. People with DM having more contact with FHS were more likely to have inadequate glycemic control; a result found in other studies in the context of PHC⁽²⁰⁾. This result suggests that FHS action should be rethought so that participants with adequate glycemic control have a higher frequency of contacts with the health system, thus decreasing the probability of progressing to a clinical picture of inadequate glycemic control.

Participants referred to endocrinologists and cardiologists during the year prior to the interview had a significantly lower probability of having inadequate glycemic control, considering that referral to the former remained in the final regression model. The prescription of treatment as recommended by the guidelines by the specialists may also be one of the justifications for this difference in favor of the specialists in relation to PHC professionals, as well as the experts' greater propensity to request further preventive health examinations such as lipid/cholesterol testing, thereby allowing more frequent evaluation of the metabolic control of people with DM, and making it difficult to progress to an

inadequate glycemic control⁽⁷⁾. But the very fact that PHC refers people with DM to specialists also points to greater care in the management of these patients, which in itself can positively influence glycemic control.

In the context of FHS activities, although participation in educational activities was shown to be an important indicator of adherence to the therapeutic regimen and benefits in the treatment and control of DM⁽²⁶⁻²⁷⁾, no positive association was found between this variable and the studied outcome variable, and it is important to consider the low frequency of people with DM who reported having participated in some educational activity in the year prior to the interview. This proportion was similar to that found in another study⁽²⁸⁾, which may justify the absence of this positive association in the present study.

The variable referring to the therapeutic regimen was independently associated with glycemic control, so that people with DM using insulin with or without associated OAD presented a significantly higher probability of having an inadequate glycemic control remaining in the final regression model, and thus corroborating the results found in several studies in the literature^(8,10,12,19,29-30). This result was already expected, since insulin is the last resort for DM treatment^(4,8). This result must be interpreted in light of one of the major limitations of the analysis, namely the cross-sectional design of the study. Consequently, the most plausible explanation for the relationship found is that inadequate glycemic control leads to therapeutic escalation rather than the opposite,

and it should be noted that changes in the regimen mainly reflect the interventions from the prescriber, and do not necessarily result in better glycemic control⁽²¹⁾.

CONCLUSION

We found a greater probability of inadequate glycemic control in younger people with longer duration of DM, having more contacts with the FHS, with fewer referrals to endocrinologists during the 12 months prior to the interview and with more complex pharmacological treatment. These results indicate the need for changes in the actions performed in the FHS context to obtain adequate glycemic control.

Although the determinants of glycemic control and the quality of DM care are multifaceted, complex and result from an interaction of the patient, healthcare and professional aspects involved, the results of this analysis suggest that improvements could come from paying more attention to younger people with DM, by reinforcing health actions in the context of PHC, and by more regularly referring patients to specialists when the need is evident.

Knowledge of these factors and how they act as barriers or facilitators of glycemic control favors accomplishment of appropriate health actions and an elaboration of individualized therapeutic plans, allowing for a collaborative approach centered on the patient aiming to obtain adequate glycemic control, with a subsequent positive impact in terms of socioeconomic costs and quality of life.

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Pernambuco, Brasil. **Método:** Foram investigadas, por regressão múltipla, as associações entre o controle glicêmico (hemoglobina A glicosilada menor ou maior ou igual a 7%) apresentado pelas pessoas com DM e variáveis relacionadas com condições sociodemográficas, hábitos de vida, características do diabetes, de seu tratamento e acompanhamento dos pacientes pelos serviços de saúde. **Resultados:** Mais de 65% dos participantes apresentaram controle glicêmico inadequado, principalmente aqueles com idade menor, duração da doença mais longa, mais contatos anuais com a ESF e regime terapêutico complexo. Pessoas com DM sem encaminhamentos para especialistas apresentaram um maior descontrole glicêmico. Associações com escolaridade e obesidade não permaneceram significativas no modelo multivariado. **Conclusão:** A evolução do diabetes dificulta o controle adequado, todavia, a atenção às pessoas com DM mais jovens e os encaminhamentos para especialistas são fatores suscetíveis de melhora do controle glicêmico.

DESCRIPTORIOS

Diabetes Mellitus Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Hemoglobina A Glicosilada; Estratégia Saúde da Família.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados con el control glucémico en personas con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 registradas en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en Pernambuco, Brasil. **Método:** Fueron investigadas, por regresión múltiple, las asociaciones entre el control glucémico (hemoglobina A glicosilada menor o mayor o igual al 7%) presentado por las personas con DM y variables relacionadas con condiciones sociodemográficas, hábitos de vida, características de la diabetes, de su tratamiento y seguimiento de los pacientes por los servicios sanitarios. **Resultados:** Más del 65% de los participantes presentaron control glucémico inadecuado, especialmente aquellos de menos edad, duración de la enfermedad más larga, más contactos anuales con la ESF y régimen terapéutico complejo. Personas con DM sin derivaciones a especialistas presentaron un mayor descontrol glucémico. Asociaciones con escolaridad y obesidad no permanecieron significativas en el modelo multivariado. **Conclusión:** La evolución de la diabetes dificulta el control adecuado. Sin embargo, la atención a las personas con DM más jóvenes y las derivaciones a especialistas son factores susceptibles de mejora del control glucémico.

DESCRIPTORIOS

Diabetes Mellitus Tipo 2; Atención Primaria de Salud; Hemoglobina A Glucosilada; Estrategia de Salud Familiar.

REFERENCES

- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011;377(9781):1949-61.
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87(1):4-14.

3. 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: MS; 2014.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.
5. Luijks H, Biermans M, Bor H, Weel CV, Lagro-Janssen T, Grauw W, et al. The effect of comorbidity on glycemic control and systolic blood pressure in type 2 diabetes: a cohort study with 5 year followup in primary care. *PLoS One* 2015;10(10):e138662.
6. Fontbonne A, Cesse EAP, Sousa IM, Souza WV, Chaves VL, Bezerra AF, et al. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects followed by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil – SERVIDIAH Study. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1195-204.
7. Bajaj HS, Aronson R, Venn K, YC, Sharaan ME. The need associated with diabetes primary care and the impact of referral to a Specialist-Centered Multidisciplinary Diabetes Program (the NADIR Study). *Can J Diabetes*. 2016;40(2):120-5.
8. Ahmad B, Khalid BA, Zaini A, Hussain NA, Quek KF. Influencing factors of glycaemic control in patients attending different types of urban health care settings in Malaysia. *Diabetes Res Clin Pract*. 2011;93(1):12-4.
9. Raum E, Krämer HU, Rüter G, Rothenbacher D, Rosemann T, Szecsenyi J, et al. Medication non-adherence and poor glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012;97(3):377-84.
10. Crowley MJ, Holleman R, Klamerus ML, Bosworth HB, Edelman D, Heisler M. Factors associated with persistent poorly-controlled diabetes mellitus (PPDM): clues to improving management in patients with resistant poor control. *Chronic Illn*. 2014;10(4):291-302.
11. Pablo Moreno A, Santiago Pérez MI, Abraira Santos V, Aréjula Torres JL, Díaz Holgado A, Gandarillas Grande A, et al. Control de la diabetes mellitus en población adulta según las características del personal de enfermería de atención primaria de la comunidad de Madrid: análisis multinivel. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90(4):1-13.
12. Janghorbani M, Amini M. Patterns and predictors of long-term glycemic control in patients with type 2 diabetes. *ISRN Endocrinol*. 2012;526824.
13. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(6):1028-35.
14. Otiniano ME, Snih SA, Goodwin JS, Ray L, Ghatrif MA, Markides K S. Factors associated with poor glycemic control in older mexican american diabetics aged 75 years and older. *J Diabetes Complications*. 2012;26(3):181-6.
15. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):662-8.
16. Houle J, Lauzier-Jobin F, Beaulieu MD, Meunier S, Coulombe S, Côté J, et al. Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: a mediation analysis. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2016;14(1):e000184.
17. Tong WT, Vethakkan SR, Ng CJ. Why do some people with type 2 diabetes who are using insulin have poor glycaemic control? A qualitative study. *BMJ Open* 2015;5(1):e006407.
18. Silva DMGV, Hegadoren K, Lasiuk G. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20: 1-9.
19. Kellow NJ, Savigel GS, Khalil H. Predictors of poor glycaemic control during the initial five years post-diagnosis in rural adults with type 2 diabetes. *Aust J Rural Health*. 2011;19(5): 267-74.
20. Toh MPH, Wu CX, Leong HSS. Association of younger age with poor glycemic and cholesterol control in Asians with type 2 diabetes mellitus in Singapore. *J Endocrinol Metab*. 2011;1(1):27-37.
21. Nichols GA, Hillier TA, Javor K, Brown JB. Predictors of glycemic control in insulin-using adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23(3):273-7.
22. Assunção MCF, Santos IS, Valle NCJ. Blood glucose control in diabetes patients seen in primary health care centers. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):183-90.
23. Mendes ABV, Fittipaldi JAS, Neves RCS, Chacra AR, Moreira Junior ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6.671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*. 2010;47(2):137-45.
24. Sanal TS, Nair NS, Adhikari P. Factors associated with poor control of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *J Diabetol [Internet]*. 2011[cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://www.journalofdiabetology.org/Pages/Releases/FullTexts/SixthIssue/RA-1-JOD-11-007.aspx>
25. Gorst C, Kwok CS, Aslam S, Buchan I, Kontopantelis E, Myint PK, et al. Long-term glycemic variability and risk of adverse outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2015;38(12):2354-69.
26. Maia MA, Reis IA, Torres HC. Relationship between the users' contact time in educational programs on diabetes mellitus and self-care skills and knowledge. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):59-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100008>
27. Huxley C, Sturt J, Dale J, Walker R, Caramlau I, O'Hare JP, et al. Is it possible to predict improved diabetes outcomes following diabetes self-management education: a mixed-methods longitudinal design. *BMJ Open*. 2015;5(11):e008781.
28. Moreira Junior ED, Neves RC, Nunes ZO, Almeida MCC, Mendes ABV, Fittipaldi JAS, et al. Glycemic control and its correlates in patients with diabetes in Venezuela: results from a nationwide survey. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87(3):407-14.
29. Lin SD, Tsai ST, Tu ST, Su CC, Chen JF, Lu CH, et al. Glycosylated hemoglobin level and number of oral antidiabetic drugs predict whether or not glycemic target is achieved in insulin-requiring type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2015;9(2):135-41.
30. Alonso-Fernández M, Mancera-Romero J, Mediavilla-Bravo JJ, Comas-Samper JM, López-Simarro F, Pérez-Unanua MP, et al. Glycemic control and use of A1c in primary care patients with type 2 diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes* 2015;9(5):385-91.

Financial support: *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)*. Process number 576677/2008-6. *Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco*, Process number APQ 1378-4.00/08. *Fundação Oswaldo Cruz*. PAPES V. Process number 403640/2008-3. *Institut de Recherche pour le Développement*. Convênio CNPq-IRD. Process number 490855/2008-3.



Fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com diabetes na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco*

Factors associated with glycemic control in people with diabetes at the Family Health Strategy in Pernambuco

Factores asociados con el control glucémico en personas con diabetes en la Estrategia Salud de la Familia en Pernambuco

Rodrigo Fonseca Lima¹, Annick Fontbonne², Eduardo Maia Freese de Carvalho¹, Ulisses Ramos Montarroyos³, Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto¹, Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹

Como citar este artigo:

Lima RF, Fontbonne A, Carvalho EMF, Montarroyos UR, Barreto MNSC, Cesse EAP. Factors associated with glycemic control in people with diabetes at the Family Health Strategy in Pernambuco. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(6):937-944. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700009>

* Extraído da dissertação “Fatores associados ao controle glicêmico inadequado em diabéticos tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco”, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, PE, Brasil.

² Institut de Recherche Pour Le Développement, Montpellier, França.

³ Universidade de Pernambuco, Instituto de Ciências Biológicas, Recife, PE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identifying factors associated with glycemic control in people with type 2 Diabetes Mellitus (DM) registered in the Family Health Strategy (FHS) in Pernambuco, Brazil. **Method:** Associations between glycemic control (glycosylated hemoglobin A lower or equal to 7%) presented by people with DM and variables related to sociodemographic conditions, lifestyle, characteristics of diabetes, treatment and follow-up of patients by health services were investigated by multiple regression. **Results:** More than 65% of the participants presented inadequate glycemic control, especially those with lower age, longer illness duration, more annual contacts with FHS and complex therapeutic regimen. People with DM without referrals to specialists presented greater glycemic control. Associations with education level and obesity did not remain significant in the multivariate model. **Conclusion:** The evolution of diabetes hinders adequate control, however, attention to younger people with DM and referrals to specialists are factors that can improve glycemic control.

DESCRIPTORS

Diabetes Mellitus Type 2; Primary Health Care; Hemoglobin A, Glycosylated; Family Health Strategy.

Autor correspondente:

Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Av. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitaria
CEP 50670-420 – Recife, PE, Brasil
educesse@cpqam.fiocruz.br

Recebido: 06/04/2016
Aprovado: 19/10/2016

INTRODUÇÃO

Durante o século passado, foram observadas mudanças no perfil epidemiológico populacional que resultaram no processo de transição epidemiológica marcada pelo aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)⁽¹⁾, dentre elas o Diabetes Mellitus (DM).

Em 2010, 285 milhões de adultos (20-79 anos) eram pessoas com DM, 6,4% em termos de prevalência mundial⁽²⁾. No Brasil, segundo a pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), o percentual de adultos que relataram o diagnóstico de DM, considerando as capitais brasileiras e o Distrito Federal, em 2013, correspondeu a 6,9%. Para o Nordeste e para a capital pernambucana, o percentual foi de 6,3% e 6,1%, respectivamente⁽³⁾.

Para o efetivo controle do DM, além da avaliação de níveis pressóricos e lipídicos e dos aspectos relacionados com a prática de atividade física e à alimentação, é essencial que os valores glicêmicos sejam constantemente avaliados, já que eles refletem a adequação e a efetividade do plano terapêutico vigente. Entre as medidas para a avaliação do controle glicêmico, destaca-se a hemoglobina A glicosilada (hemoglobina A1c), considerada padrão para avaliação do controle glicêmico em longo prazo⁽⁴⁾.

Tão importantes quanto os dados sobre o controle glicêmico são os fatores que potencialmente podem influenciá-los, de modo que o conhecimento desses aspectos permite adequar as intervenções em saúde, podendo resultar em melhora do quadro clínico das pessoas com DM⁽⁵⁾. Poucos estudos sobre esse aspecto estão disponíveis no Brasil e, a conhecimento dos autores, nenhum tem sido realizado em amostra representativa de pessoas com DM na atenção básica. Nesse contexto, este artigo tem como objetivo identificar os fatores associados ao controle glicêmico apresentado por pessoas com DM tipo 2 cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF), selecionadas de forma a representar essa população no estado de Pernambuco, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo seccional. Os dados utilizados foram provenientes do estudo SERVIDIAH (Avaliação de Serviços de Atenção à Saúde para Diabéticos e Hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família), conduzido entre novembro de 2009 e dezembro de 2010, com uma amostra probabilística de pessoas com DM tipo 2 cadastradas na ESF no estado de Pernambuco, Brasil⁽⁶⁾.

O desenho amostral do estudo SERVIDIAH foi concebido de maneira a possibilitar a representatividade dos municípios pernambucanos de acordo com seu tamanho, sendo escolhidos os municípios de grande porte (Recife, Caruaru e Petrolina) por critério de representatividade, e sorteados 16 de médio porte e 16 de pequeno porte. Em cada município foram sorteadas equipes de Saúde da Família, a partir da relação do total das equipes atuando no estado de Pernambuco em agosto de 2008, de acordo com a última base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram sorteadas 15% do total das equipes de

Saúde da Família dos municípios de forma proporcional ao porte populacional e, para cada uma das equipes sorteadas, foi realizado um outro sorteio sistemático de entre 3 e 6 – dependendo do porte do município – pessoas com DM (critério de inclusão: idade maior ou igual a 20 anos), tendo como base o cadastro manual dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), chegando a um total de 822 participantes. Esse processo dispensava estimar a população e o número de pessoas com DM nos municípios participantes para realizar o sorteio. Do total de entrevistados no estudo SERVIDIAH, foram considerados neste artigo apenas os dados de participantes com resultados válidos de hemoglobina A1c, totalizando uma amostra de 787 pessoas.

Os dados foram coletados por pesquisadores de campo previamente treinados para as entrevistas. Foi utilizado um questionário estruturado construído pelos pesquisadores especificamente para este estudo, contendo variáveis relacionadas com a história da condição crônica e seu acompanhamento pela ESF, indicadores socioeconômicos, estilo de vida, gastos com os cuidados, complicações, medidas antropométricas (peso, altura, circunferências da cintura e dos quadris), pressão arterial, dosagem da hemoglobina A1c, entre outras. A dosagem da hemoglobina A1c foi realizada numa amostra de sangue capilar, por aparelho portátil que forneceu o resultado dentro de alguns minutos (in2it®, da Bio-Rad).

Após serem informados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, bem como assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes foram entrevistados em seus domicílios ou em uma sala do posto da equipe da ESF. O estudo SERVIDIAH obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CEP/CPqAM (registro nº 43/2008) – e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (Parecer nº 889/2008).

A variável dependente correspondeu ao controle glicêmico, sendo categorizada de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes⁽⁴⁾, de modo que os participantes com hemoglobina A1c menor que 7% foram considerados pessoas com DM com controle glicêmico adequado e aqueles com hemoglobina A1c maior ou igual a 7%, com controle glicêmico inadequado.

As variáveis explicativas envolveram características socioeconômicas e demográficas, ações básicas de saúde (acompanhamento/ acesso ao tratamento), aspectos relativos aos efeitos/controlados produzidos pela atenção, como tratamento medicamentoso, fatores de risco modificáveis (hábitos de vida) e características clínicas. Dentre os fatores de risco modificáveis, a atividade física de lazer foi categorizada em “sim” ou “não” (sedentário). Dentre as características clínicas, as complicações decorrentes do DM consideradas foram: complicações nos olhos (questionada como complicação nos olhos comprovada por profissional); complicações nos rins (questionada como mau funcionamento dos rins decorrente do DM); cardiovasculares (questionada como problema cardíaco decorrente do DM); problemas sexuais persistentes (questionados só para homens); neuropatia (questionada como dores/cócegas insuportáveis e permanentes nos membros inferiores).

Além disso, também foram consideradas medidas antropométricas e a pressão arterial. O peso foi medido com a balança eletrônica Tanita BC553 (Tanita Corporation, Tóquio, Japão), com precisão de 0,1 quilograma, e a altura com estadiômetro portátil (Alturaexata, Belo Horizonte), com precisão de 1 milímetro. As pressões arteriais sistólicas e diastólicas foram medidas com tensiômetro de pulso eletrônico Omron HEM-650 (Omron Healthcare Inc., Kyoto, Japão), três vezes durante a entrevista, com a pessoa sentada por no mínimo 10 minutos antes da aferição, sendo as análises estatísticas realizadas com a média dos três valores.

A descrição das variáveis categóricas foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas foram reportadas pela média (\pm desvio-padrão). Para o teste de associação das variáveis categóricas, foi adotado o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher quando necessário. Para as variáveis contínuas, foi utilizado o teste t-Student. Com a finalidade de medir o efeito das variáveis independentes sobre o desfecho analisado, foi utilizado um modelo múltiplo de regressão logística, com estimativa robusta de variância, sendo a *Odds Ratio* (OR) a medida de efeito analisada (com seus respectivos intervalos de confiança de 95%). A análise multivariada foi do tipo *forward*, tendo, na análise univariada, uma significância de até 20% ($p < 0,20$) como critério de entrada, e uma significância de até 10% ($p < 0,10$) como critério de saída. A análise dos dados foi realizada com auxílio do *software* estatístico R, versão 2.13.1., e foi utilizado como referência o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dos 787 participantes selecionados para o estudo, 68,2% eram do sexo feminino e a média de idade era de 61,1 ($\pm 13,1$) anos. Quanto ao nível socioeconômico, 85,5% eram analfabetos ou tinham o ensino fundamental incompleto, sendo a maioria aposentada (59,8%), e 31,9% com renda abaixo de um salário mínimo. Segundo os hábitos de vida, 29,7% praticavam atividade física como lazer, 69,4% adequava-se a uma dieta saudável e 12,8% eram fumantes (Tabela 1).

Do total, 242 pessoas com DM foram classificadas como controladas em relação ao nível glicêmico (hemoglobina A1c $< 7\%$), o que corresponde a uma prevalência de 30,7% (IC 95%: 27,5-34,0%); a média de hemoglobina A1c foi igual a 8,7% \pm 2,4%.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida (Tabela 1), evidenciou-se que o controle glicêmico inadequado era mais frequente à medida que aumentava a duração do diabetes. Além disso, a média de idade das pessoas com DM com controle inadequado era mais baixa em comparação às pessoas com DM bem controlada. Houve uma tendência a uma melhor adequação do controle glicêmico à medida que subia o nível educacional, com OR significativo para pessoas com DM com ensino médio ou mais. O risco de controle inadequado apareceu significativamente maior na categoria de trabalhadores sem renda (donas de casa e estudantes). Não houve associações significativas entre controle glicêmico e hábitos de vida, nem com o sexo ou a renda.

Tabela 1 – Associação do controle glicêmico inadequado segundo as variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida – Recife, PE, Brasil, 2009-2010.

Características	Amostra total	Controle glicêmico		OR (IC: 95%)	p-valor
		Inadequado (A1c $\geq 7\%$)	Adequado (A1c $< 7\%$)		
Tempo de duração da doença	8,6 \pm 7,5	9,5 \pm 7,8	6,5 \pm 6,3	1,37* (1,20 – 1,56)	< 0,001
Tempo de duração da doença					
< 5 anos	286 (38,3%)	171 (59,8%)	115 (40,2%)	Referência	–
De 5 a 9 anos	174 (23,3%)	128 (73,6%)	46 (26,4%)	1,87 (1,23 – 2,86)	0,003
10 anos e mais	286 (38,3%)	221 (77,3%)	65 (22,7%)	2,27(1,45 – 3,33)	< 0,001
Sociodemográficas					
Gênero					
Masculino	250 (31,8%)	169 (67,6%)	81 (32,4%)	Referência	–
Feminino	537 (68,2%)	376 (70,0%)	161 (30,0%)	1,12 (0,80 – 1,54)	0,494
Idade (em anos)	61,1 \pm 13,1	60,4 \pm 12,8	62,6 \pm 13,6	0,93* (0,88 – 0,99)	0,029
Faixa etária					
< 45	83 (10,6%)	58 (69,9%)	25 (30,1%)	Referência	–
45 – 59	263 (33,4%)	191 (72,6%)	72 (27,4%)	1,15 (0,67 – 1,96)	0,628
60 – 74	333 (42,3%)	231 (69,4%)	102 (30,6%)	0,98 (0,58 – 1,64)	0,928
≥ 75	108 (13,7%)	65 (60,2%)	43 (39,8%)	0,65 (0,36 – 1,19)	0,167
Escolaridade					
Analfabeto	300 (38,1%)	218 (72,7%)	82 (27,3%)	Referência	–
Fundamental incompleto	373 (47,4%)	254 (68,1%)	119 (31,9%)	0,80 (0,57 – 1,12)	0,198
Fundamental completo	52 (6,6%)	36 (69,2%)	16 (30,8%)	0,85 (0,45 – 1,61)	0,610
Médio ou mais	62 (7,9%)	37 (59,7%)	25 (40,3%)	0,55 (0,31 – 0,98)	0,043

continua...

...continuação

Características	Amostra total	Controle glicêmico		OR (IC: 95%)	p-valor
		Inadequado (A1c \geq 7%)	Adequado (A1c < 7%)		
Ocupação					
Aposentado / Auxílio doença / Pensionista	468 (59,8%)	312 (66,7%)	156 (33,3%)	Referência	–
Trabalha	157 (20,0%)	113 (72,0%)	44 (28,0%)	1,28 (0,86 – 1,91)	0,218
Desempregado	30 (3,8%)	21 (70,0%)	9 (30,0%)	1,17 (0,52 – 2,61)	0,707
Dona de casa / estudante	128 (16,4%)	98 (76,6%)	30 (23,4%)	1,63 (1,03 – 2,57)	0,033
Renda familiar					
< 1 SM	233 (31,9%)	162 (69,5%)	71 (30,5%)	Referência	–
\geq 1 SM	497 (68,1%)	342 (68,8%)	155 (31,2%)	0,97 (0,69 – 1,35)	0,846
Hábitos de vida					
Pratica atividade física de lazer					
Sim	231 (29,7%)	153 (66,2%)	78 (33,8%)	Referência	–
Não	546 (70,7%)	383 (70,1%)	163 (29,9%)	1,20 (0,86 – 1,67)	0,281
Adota uma dieta saudável					
Sim	538 (69,4%)	368 (68,4%)	170 (31,6%)	Referência	–
Não	237 (30,6%)	169 (71,3%)	68 (28,7%)	1,15 (0,82 – 1,61)	0,419
Tabagismo					
Fuma atualmente	101 (12,8%)	73 (62,3%)	28 (37,7%)	Referência	–
Parou de fumar	322 (40,9%)	218 (67,7%)	104 (32,3%)	0,81 (0,49 – 1,31)	0,387
Nunca fumou	364 (46,2%)	254 (69,8%)	110 (30,2%)	0,88 (0,54 – 1,45)	0,627

*Aumento da chance a cada aumento de 5 anos.

Dados reportados como média \pm DP ou N (%). A1c: hemoglobina A glicosilada; IC: Intervalo de Confiança; SM: Salário Mínimo; OR: Odds Ratio.Teste t < 0,05 para variáveis contínuas e Teste χ^2 < 0,05 para as categóricas.

Quanto aos aspectos clínicos, 73,6% eram sobrepesados ou obesos, e 39,1% dos pesquisados tinham ao menos duas complicações decorrentes do DM (Tabela 2).

Em relação às variáveis de acompanhamento, tratamento e estado de saúde (Tabela 2), o controle glicêmico inadequado apareceu mais frequentemente entre pessoas com DM de peso normal, declarando ter três

ou mais complicações da doença, e não encaminhados, nos últimos 12 meses, para endocrinologista ou cardiologista. O controle glicêmico inadequado também era mais frequente à medida que o tratamento medicamentoso se fazia mais complexo e menos frequente quando o usuário não mantinha nenhum contato com a ESF nos últimos 12 meses.

Tabela 2 – Associação do controle glicêmico segundo os aspectos antropométricos e clínicos, características do acompanhamento e tratamento medicamentoso – Recife, PE, Brasil, 2009-2010.

Características	Amostra total	Controle glicêmico		OR (IC: 95%)	p-valor
		Inadequado (A1c \geq 7%)	Adequado (A1c < 7%)		
Aspectos antropométricos e clínicos					
IMC (Kg/m ²)	28,4 \pm 5,3	28,2 \pm 5,3	29,0 \pm 5,2	0,97 (0,94 – 1,00)	0,084
Estado nutricional					
Normal	188 (26,4%)	142 (75,5%)	46 (24,5%)	Referência	–
Sobrepeso	282 (39,6%)	191 (67,7%)	91 (32,3%)	0,68 (0,45 – 1,03)	0,069
Obeso	242 (34,0%)	160 (66,1%)	82 (33,9%)	0,63 (0,41 – 0,97)	0,035
Complicações decorrentes do DM					
Nenhuma	149 (21,2%)	103 (69,1%)	46 (30,9%)	Referência	–
1	279 (39,6%)	182 (65,2%)	97 (34,8%)	0,84 (0,55 – 1,28)	0,416
2	182 (25,8%)	126 (69,2%)	56 (30,8%)	1,00 (0,63 – 1,61)	0,984
\geq 3	94 (13,3%)	76 (80,9%)	18 (19,1%)	1,87 (1,02 – 3,57)	0,045

continua...

...continuação

Características	Amostra total	Controle glicêmico		OR (IC: 95%)	p-valor
		Inadequado (A1c ≥ 7%)	Adequado (A1c < 7%)		
Características do acompanhamento*					
Número de contatos com a ESF					
≥ 4 vezes	281 (37,7%)	206 (73,3%)	75 (26,7%)	Referência	–
1 – 3 vezes	262 (35,1%)	183 (69,9%)	79 (30,1%)	0,84 (0,58 – 1,22)	0,371
Nenhuma	203 (27,2%)	125 (61,6%)	78 (38,4%)	0,58 (0,39 – 0,86)	0,006
Encaminhamento para endocrinologistas					
Sim	133 (17,0%)	81 (60,9%)	52 (39,1%)	Referência	–
Não	649 (83,0%)	460 (70,9%)	189 (29,1%)	1,56 (1,06 – 2,32)	0,024
Encaminhamento para cardiologistas					
Sim	258 (33,0%)	167 (64,7%)	91 (35,3%)	Referência	–
Não	524 (67,0%)	374 (71,4%)	150 (28,6%)	1,35 (0,99 – 1,87)	0,059
Participou de atividades educativas					
Sim	167 (21,5%)	122 (73,0%)	45 (27,0%)	Referência	–
Não	608 (78,5%)	415 (68,3%)	193 (31,7%)	0,79 (0,54 – 1,16)	0,235
Tratamento medicamentoso					
Sem medicamentos e/ou insulina	57 (7,3%)	27 (47,3%)	30 (52,7%)	Referência	–
Monoterapia oral	420 (54,0%)	273 (65,0%)	147 (35,0%)	2,06 (1,18 – 3,60)	0,011
Terapia oral combinada	249 (32,0%)	197 (79,1%)	52 (20,9%)	4,21 (2,30 – 7,69)	< 0,001
Insulinoterapia com ou sem ADO	52 (6,7%)	44 (84,6%)	8 (15,4%)	6,11 (2,45 – 15,3)	< 0,001

*Durante os 12 meses prévios à entrevista.

Dados reportados como média ± DP ou N (%). A1c: hemoglobina A glicosilada; ADO: Antidiabético oral; ESF: Estratégia Saúde da Família; IC: Intervalo de Confiança; IMC: Índice de Massa Corpórea; OR: *Odds Ratio*. Teste t < 0,05 para variáveis contínuas e Teste χ^2 < 0,05 para as categóricas.

O modelo final evidenciou que as variáveis como: idade em sua forma contínua, tempo de duração da enfermidade, regime terapêutico, encaminhamento para o endocrinologista e número de contatos com a ESF, durante os 12 meses prévios à entrevista, permaneceram associadas ao controle glicêmico inadequado (Tabela 3). As pessoas com DM mais jovens, com maior tempo de duração da

enfermidade, com regime terapêutico complexo envolvendo mais de um ADO (antidiabético oral) e/ou insulina, que não foram encaminhadas a um endocrinologista, durante os 12 meses prévios à pesquisa, e aquelas com mais contatos com a ESF, nesse mesmo período, apresentaram uma probabilidade significativamente maior de ter um controle glicêmico inadequado.

Tabela 3 – Análise multivariada por regressão logística dos potenciais fatores preditores do controle glicêmico (modelo final) – Recife, PE, Brasil, 2009-2010.

Variáveis	OR (IC: 95%)	p-valor
Idade (em anos)	0,91 (0,86 – 0,97)	0,006
Tempo de duração da doença		
< 5 anos	Referência	–
De 5 a 9 anos	1,90 (1,23 – 2,92)	0,004
10 anos e mais	2,32 (1,56 – 3,45)	< 0,001
Encaminhamento para endocrinologistas*		
Sim	Referência	–
Não	1,97 (1,30 – 3,00)	0,001
Tratamento medicamentoso		
Sem medicamentos e/ou insulina	Referência	–
Monoterapia oral	2,01 (1,11 – 3,62)	0,020
Terapia oral combinada	3,60 (1,89 – 6,84)	< 0,001
Insulinoterapia com ou sem ADO	5,12 (1,93 – 13,6)	0,001

continua...

...continuação

Variáveis	OR (IC: 95%)	p-valor
Número de contatos com a ESF*		
≥ 4 vezes	Referência	–
1 – 3 vezes	0,95 (0,64 – 1,40)	0,790
Nenhuma	0,69 (0,45 – 1,04)	0,074

ADO: Antidiabético oral; ESF: Estratégia Saúde da Família; IC: Intervalo de confiança; OR: Odds Ratio. *Nos 12 meses prévios à entrevista.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram uma elevada prevalência de controle glicêmico inadequado (69,3%) entre os participantes. Assim como em outros estudos realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) fora do Brasil⁽⁷⁻¹¹⁾, as pessoas com DM mais jovens possuíam maior probabilidade de apresentar um controle glicêmico inadequado. Esse resultado pode estar associado ao fato de as pessoas com DM com mais idade possivelmente serem aposentadas, e, conseqüentemente disporem de mais tempo para o autocuidado e monitoramento do DM⁽⁸⁾. Além disso, pode-se considerar uma razão comportamental para esse resultado, já que os idosos estão mais propensos a realizar o auto-monitoramento da glicemia de forma mais frequente⁽¹²⁾, comportamento com impacto positivo sobre o controle glicêmico⁽⁴⁾. Os participantes com mais tempo de duração da enfermidade apresentaram uma probabilidade significativamente maior de ter um controle glicêmico inadequado, o que pode ser explicado pela evolução progressiva característica da enfermidade⁽³⁾.

Chama atenção a elevada taxa de analfabetismo entre as pessoas com DM estudadas. A prevalência de controle glicêmico inadequado não se apresentou associada a essa variável no modelo final, embora os resultados possam apontar uma tendência de controle mais adequado quando o nível de educação aumenta, corroborando os resultados de outros estudos⁽¹³⁻¹⁶⁾, os quais demonstraram que um maior nível educacional está associado a um melhor controle glicêmico. Uma justificativa para isso pode ser uma tendência de as pessoas com maior grau de instrução terem uma maior preocupação em aderir à terapêutica prescrita, bem como atender às recomendações clínicas propostas pela equipe de saúde envolvida⁽¹²⁻¹³⁾.

A variável ocupação se mostrou significativamente associada ao controle glicêmico, para a categoria dona de casa/estudante. Outros estudos^(8-9,17) sugeriram que ter uma ocupação (trazida nas formas das categorias de trabalho e dona de casa/estudante) corresponde a um fator de risco para a ocorrência de controle glicêmico inadequado. Isso pode estar associado ao fato de as pessoas com DM com alguma ocupação terem menos tempo livre para o gerenciamento e monitoramento de sua enfermidade⁽⁸⁾, justificativa também aplicada às donas de casa e estudantes. Vale ressaltar em relação às primeiras que o estresse interpessoal familiar, associado ao seu papel em conflitos familiares, incluindo suas responsabilidades do cotidiano, também pode influenciar no controle glicêmico⁽¹⁸⁾. Contudo, essa variável não permaneceu significativa no modelo multivariado.

Quanto aos hábitos de vida, a frequência de participantes que realizaram alguma atividade física e declararam adotar uma dieta saudável na época da entrevista foi baixa, considerando-se a importância desses hábitos para o efetivo controle glicêmico⁽⁴⁾. Apesar de a literatura indicar essa associação entre controle da glicemia e hábitos de vida saudáveis, não houve relação estatística positiva entre as variáveis desse contexto e controle glicêmico, resultado também observado em outros estudos desenvolvidos na APS⁽¹⁹⁾.

A variável IMC se mostrou inversamente relacionada com o controle glicêmico, diferentemente do encontrado em outros estudos^(5,9,20). A explicação mais provável para esse resultado é o entendimento da relação causal entre a variável explicativa e a variável desfecho: um controle glicêmico adequado pode causar ganho de peso e não o ganho de peso melhora o controle glicêmico⁽²¹⁻²²⁾. Vale ressaltar que a variável não permaneceu associada ao controle glicêmico na análise multivariada.

O controle glicêmico, além do controle pressórico e lipídico, a realização de atividade física e o acompanhamento nutricional são importantes fatores de proteção em relação às complicações decorrentes do DM⁽⁴⁾. No presente estudo, a frequência de complicações foi considerável e superior à encontrada em outros estudos⁽²³⁾ e pode refletir a elevada prevalência de controle glicêmico inadequado. Todavia, outra explicação pode ser que essas complicações foram buscadas somente por meio de perguntas feitas às pessoas com DM entrevistadas, sem verificação direta de sua existência. Além disso, os entrevistados nem sempre sabiam responder com exatidão. Corroborando a literatura^(4,24-25), o presente estudo apresentou uma relação estatística positiva entre o controle glicêmico inadequado e a ocorrência de complicações relacionadas com o DM, muito embora essa variável não tenha se mantido no modelo final, talvez por ser estreitamente ligada com a duração do diabetes.

A frequência de participantes que não tiveram contato com a ESF durante o ano anterior à entrevista foi elevada e reflete a necessidade de mudanças em relação aos serviços prestados no contexto da APS. As pessoas com DM com mais contatos com a ESF apresentaram maior probabilidade de ter um controle glicêmico inadequado, resultado encontrado em outros estudos no contexto da APS⁽²⁰⁾. Esse resultado sugere que a ação da ESF seja repensada de modo que os participantes com controle glicêmico adequado tenham uma maior frequência de contatos com o sistema de saúde, diminuindo a probabilidade de evoluírem para um quadro clínico de controle glicêmico inadequado.

Os participantes encaminhados a endocrinologistas e cardiologistas durante o ano anterior à entrevista apresentaram

uma probabilidade significativamente menor de possuir um controle glicêmico inadequado, valendo considerar que o encaminhamento aos primeiros permaneceu no modelo de regressão final. A prescrição de um tratamento de acordo com o recomendado pelas diretrizes por parte dos especialistas também pode ser uma das justificativas para essa diferença a favor dos especialistas em relação aos profissionais da APS, bem como a maior propensão dos especialistas em solicitar mais exames preventivos de saúde, tais como testagem de lipídeos/colesterol, possibilitando uma avaliação mais frequente do controle metabólico das pessoas com DM e dificultando a progressão para um quadro de controle glicêmico inadequado⁽⁷⁾. Mas o próprio fato de a APS encaminhar pessoas com DM para especialistas aponta também para um maior cuidado no manejo destes pacientes, o que pode por si só influenciar positivamente o controle glicêmico.

Ainda no contexto de atividades realizadas pela ESF, embora a participação em atividades educativas tenha sido mostrada como um importante indicador de adesão ao regime terapêutico e de benefícios no tratamento e controle do DM⁽²⁶⁻²⁷⁾, não houve associação estatística positiva entre essa variável e a variável desfecho estudada, sendo importante considerar a baixa frequência de pessoas com DM que responderam ter participado de alguma atividade educativa no ano anterior à entrevista. Essa proporção foi semelhante à encontrada em outro estudo⁽²⁸⁾, o que pode justificar a ausência dessa associação positiva no presente estudo.

A variável referente ao regime terapêutico se apresentou independentemente associada ao controle glicêmico, de modo que as pessoas com DM em uso de insulina com ou sem ADO associado apresentaram uma probabilidade significativamente maior de possuir um controle glicêmico inadequado, permanecendo no modelo de regressão final e, dessa forma, corroborando os resultados encontrados em diversos estudos na literatura^(8,10,12,19,29-30). Esse resultado já era esperado, uma vez que a insulina corresponde ao último recurso no que se refere ao tratamento do DM^(4,8). Tal resultado

deve ser interpretado à luz de uma das maiores limitações da análise, a saber, o desenho transversal do estudo. Consequentemente, a explicação mais plausível da relação encontrada é que o próprio controle glicêmico inadequado conduz à escalada terapêutica, e não o contrário, valendo ressaltar que alterações no regime terapêutico refletem principalmente intervenções provenientes do prescritor e não necessariamente resulta em um melhor controle glicêmico⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Constatou-se uma maior probabilidade de controle glicêmico inadequado em pessoas com DM mais jovens, com mais tempo de duração da enfermidade, com mais contatos com a ESF, com menos encaminhamentos a endocrinologistas ao longo dos 12 meses anteriores à entrevista e com tratamento farmacológico mais complexo. Tais resultados indicam a necessidade de mudanças nas ações realizadas no contexto da ESF para obtenção de um controle glicêmico adequado.

Embora os determinantes do controle glicêmico e a qualidade do cuidado do DM sejam múltiplos, complexos e resultantes da interação de aspectos relacionados com o paciente, aos serviços de saúde e aos profissionais envolvidos, os resultados desta análise sugerem que melhorias poderiam advir ao dar mais atenção às pessoas com DM mais jovens, ao reforçar as ações em saúde no contexto da APS, e ao encaminhar mais regularmente os pacientes aos especialistas, quando evidenciada a necessidade.

O conhecimento desses fatores e da forma como eles atuam como barreiras ou facilitadores do controle glicêmico favorece a realização de ações em saúde adequadas e a elaboração de planos terapêuticos individualizados, permitindo uma abordagem colaborativa centrada no paciente, tendo como objetivo a obtenção do controle glicêmico adequado, com subsequente impacto positivo em termos de custos socioeconômicos e de qualidade de vida.

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Pernambuco, Brasil. **Método:** Foram investigadas, por regressão múltipla, as associações entre o controle glicêmico (hemoglobina A glicosilada menor ou maior ou igual a 7%) apresentado pelas pessoas com DM e variáveis relacionadas com condições sociodemográficas, hábitos de vida, características do diabetes, de seu tratamento e acompanhamento dos pacientes pelos serviços de saúde. **Resultados:** Mais de 65% dos participantes apresentaram controle glicêmico inadequado, principalmente aqueles com idade menor, duração da doença mais longa, mais contatos anuais com a ESF e regime terapêutico complexo. Pessoas com DM sem encaminhamentos para especialistas apresentaram um maior descontrole glicêmico. Associações com escolaridade e obesidade não permaneceram significativas no modelo multivariado. **Conclusão:** A evolução do diabetes dificulta o controle adequado, todavia, a atenção às pessoas com DM mais jovens e os encaminhamentos para especialistas são fatores suscetíveis de melhora do controle glicêmico.

DESCRITORES

Diabetes Mellitus Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Hemoglobina A Glicosilada; Estratégia Saúde da Família.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados con el control glucémico en personas con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 registradas en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en Pernambuco, Brasil. **Método:** Fueron investigadas, por regresión múltiple, las asociaciones entre el control glucémico (hemoglobina A glicosilada menor o mayor o igual al 7%) presentado por las personas con DM y variables relacionadas con condiciones sociodemográficas, hábitos de vida, características de la diabetes, de su tratamiento y seguimiento de los pacientes por los servicios sanitarios. **Resultados:** Más del 65% de los participantes presentaron control glucémico inadecuado, especialmente aquellos de menos edad, duración de la enfermedad más larga, más contactos anuales con la ESF y régimen terapéutico

complejo. Personas con DM sin derivaciones a especialistas presentaron un mayor descontrol glucémico. Asociaciones con escolaridad y obesidad no permanecieron significativas en el modelo multivariado. **Conclusión:** La evolución de la diabetes dificulta el control adecuado. Sin embargo, la atención a las personas con DM más jóvenes y las derivaciones a especialistas son factores susceptibles de mejora del control glucémico.

DESCRIPTORES

Diabetes Mellitus Tipo 2; Atención Primaria de Salud; Hemoglobina A Glucosilada; Estrategia de Salud Familiar.

REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011;377(9781):1949-61.
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87(1):4-14.
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2014.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes 2015-2016*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.
- Luijckx H, Biermans M, Bor H, Weel CV, Lagro-Janssen T, Grauw W, et al. The effect of comorbidity on glycemic control and systolic blood pressure in type 2 diabetes: a cohort study with 5 year followup in primary care. *PLoS One* 2015;10(10):e138662.
- Fontbonne A, Cesse EAP, Sousa IM, Souza WV, Chaves VL, Bezerra AF, et al. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects followed by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil – SERVIDIAH Study. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1195-204.
- Bajaj HS, Aronson R, Venn K, YC, Sharaan ME. The need associated with diabetes primary care and the impact of referral to a Specialist-Centered Multidisciplinary Diabetes Program (the NADIR Study). *Can J Diabetes*. 2016;40(2):120-5.
- Ahmad B, Khalid BA, Zaini A, Hussain NA, Quek KF. Influencing factors of glycaemic control in patients attending different types of urban health care settings in Malaysia. *Diabetes Res Clin Pract*. 2011;93(1):12-4.
- Raum E, Krämer HU, Rüter G, Rothenbacher D, Rosemann T, Szecsenyi J, et al. Medication non-adherence and poor glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012;97(3):377-84.
- Crowley MJ, Holleman R, Klamerus ML, Bosworth HB, Edelman D, Heisler M. Factors associated with persistent poorly-controlled diabetes mellitus (PPDM): clues to improving management in patients with resistant poor control. *Chronic Illn*. 2014;10(4):291-302.
- Pablo Moreno A, Santiago Pérez MI, Abraira Santos V, Aréjula Torres JL, Díaz Holgado A, Gandarillas Grande A, et al. Control de la diabetes mellitus en población adulta según las características del personal de enfermería de atención primaria de la comunidad de Madrid: análisis multinivel. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90(4):1-13.
- Janghorbani M, Amini M. Patterns and predictors of long-term glycemic control in patients with type 2 diabetes. *ISRN Endocrinol*. 2012;526824.
- Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(6):1028-35.
- Otiniano ME, Snih SA, Goodwin JS, Ray L, Ghatrif MA, Markides K S. Factors associated with poor glycemic control in older mexican american diabetics aged 75 years and older. *J Diabetes Complications*. 2012;26(3):181-6.
- Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):662-8.
- Houle J, Lauzier-Jobin F, Beaulieu MD, Meunier S, Coulombe S, Côté J, et al. Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: a mediation analysis. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2016;14(1):e000184.
- Tong WT, Vethakkan SR, Ng CJ. Why do some people with type 2 diabetes who are using insulin have poor glycaemic control? A qualitative study. *BMJ Open* 2015;5(1):e006407.
- Silva DMGV, Hegadoren K, Lasiuk G. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20: 1-9.
- Kellow NJ, Savigel GS, Khalil H. Predictors of poor glycaemic control during the initial five years post-diagnosis in rural adults with type 2 diabetes. *Aust J Rural Health*. 2011;19(5): 267-74.
- Toh MPH, Wu CX, Leong HSS. Association of younger age with poor glycemic and cholesterol control in Asians with type 2 diabetes mellitus in Singapore. *J Endocrinol Metab*. 2011;1(1):27-37.
- Nichols GA, Hillier TA, Javor K, Brown JB. Predictors of glycemic control in insulin-using adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23(3):273-7.
- Assunção MCF, Santos IS, Valle NCJ. Blood glucose control in diabetes patients seen in primary health care centers. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):183-90.
- Mendes ABV, Fittipaldi JAS, Neves RCS, Chacra AR, Moreira Junior ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6.671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*. 2010;47(2):137-45.
- Sanal TS, Nair NS, Adhikari P. Factors associated with poor control of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *J Diabetol [Internet]*. 2011[cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://www.journalofdiabetology.org/Pages/Releases/FullTexts/SixthIssue/RA-1-JOD-11-007.aspx>

25. Gorst C, Kwok CS, Aslam S, Buchan I, Kontopantelis E, Myint PK, et al. Long-term glycemic variability and risk of adverse outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2015;38(12):2354-69.
26. Maia MA, Reis IA, Torres HC. Relationship between the users' contact time in educational programs on diabetes mellitus and self-care skills and knowledge. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):59-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100008>
27. Huxley C, Sturt J, Dale J, Walker R, Caramlau I, O'Hare JP, et al. Is it possible to predict improved diabetes outcomes following diabetes self-management education: a mixed-methods longitudinal design. *BMJ Open*. 2015;5(11):e008781.
28. Moreira Junior ED, Neves RC, Nunes ZO, Almeida MCC, Mendes ABV, Fittipaldi JAS, et al. Glycemic control and its correlates in patients with diabetes in Venezuela: results from a nationwide survey. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87(3):407-14.
29. Lin SD, Tsai ST, Tu ST, Su CC, Chen JF, Lu CH, et al. Glycosylated hemoglobin level and number of oral antidiabetic drugs predict whether or not glycemic target is achieved in insulin-requiring type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2015;9(2):135-41.
30. Alonso-Fernández M, Mancera-Romero J, Mediavilla-Bravo JJ, Comas-Samper JM, López-Simarro F, Pérez-Unanua MP, et al. Glycemic control and use of A1c in primary care patients with type 2 diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes* 2015;9(5):385-91.

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
Processo n. 576677/2008-6. Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco.
Processo n. APQ 1378-4.00/08. Fundação Oswaldo Cruz. PAPES V. Processo n. 403640/2008-3. Institut
de Recherche pour le Développement. Convênio CNPq-IRD. Processo n. 490855/2008-3.
