



**Avaliação da satisfação com o programa comunitário de
exercício físico Diabetes em Movimento**

Mestrado em Promoção da Saúde

Mariana Miguel Santos Fonseca

MARÇO 2025

**Avaliação da satisfação com o programa comunitário de
exercício físico Diabetes em Movimento**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em Promoção da Saúde,
realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cristina
Godinho e do Professor Doutor Romeu Mendes

Agradecimentos

A elaboração de uma tese resulta de um trabalho individual que, necessariamente, é facilitado e melhorado por contribuições de outras pessoas, às quais expresso a minha gratidão.

À Professora Doutora Cristina Godinho, agradeço a disponibilidade, o apoio e a partilha de conhecimento durante o meu percurso académico.

Ao Professor Doutor Romeu Mendes, agradeço a prontidão, oportunidade e entreaajuda para conseguir realizar este estudo.

Grata à Escola Nacional de Saúde Pública por me ter acolhido nos últimos anos, nomeadamente à Professora Ana Rita Goes.

Resumo

Introdução: A avaliação da satisfação é uma componente importante na avaliação de intervenções comunitárias em saúde. Torna-se essencial conhecer o nível e os determinantes de satisfação com vista à melhoria das atividades propostas. O objetivo deste estudo prende-se com a avaliação da satisfação dos participantes de um programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, Diabetes em Movimento.

Método: Participaram no estudo um total de 205 participantes ativos no Diabetes em Movimento na época de 2023/2024, cerca de 5 de cada polo, selecionados de forma aleatória. Foi aplicado um formulário com 27 questões desenvolvidas para caracterização dos participantes, sobre assiduidade e frequência de participação e sobre a satisfação com o programa, e.g., satisfação global com o programa, funcionamento e o seu impacto no estilo de vida dos participantes.

Resultados: Os níveis de satisfação global com o programa foram elevados (acima de 4 na escala de *Likert*). As participantes do sexo feminino do Diabetes em Movimento apresentaram maiores níveis de satisfação do que os participantes do sexo masculino, no que diz respeito à satisfação global e dimensão sobre o funcionamento do programa. Alteração de instalações, mudança de horários e maior divulgação do programa foram algumas das recomendações e sugestões de melhoria apresentadas pelos participantes.

Conclusão: Em conclusão, a avaliação a satisfação dos participantes com o programa Diabetes em Movimento revela que este tipo de programas de exercício físico deve estar de acordo com as características sociodemográficas, recomendações e preferências dos seus participantes.

Palavras-chave: Avaliação da Satisfação, Programa Comunitário, Exercício Físico, Diabetes *Mellitus* tipo 2, Diabetes em Movimento.

Abstract

Introduction: Satisfaction assessment is an important component in the evaluation of community health interventions. It is essential to know the level and determinants of satisfaction in order to improve the proposed activities. The aim of this study was to assess the satisfaction of participants in a community physical exercise programme for people with type 2 diabetes mellitus, Diabetes em Movimento.

Method: A total of 205 active participants in Diabetes em Movimento in the 2023/2024 season took part in the study, around 5 from each centre, selected at random. A form was applied with 27 questions designed to characterise the participants, on attendance and frequency of participation and on satisfaction with the programme, e.g. overall satisfaction with the programme, functioning and its impact on the participants' lifestyle.

Results: Levels of overall satisfaction with the programme were high (above 4 on the *Likert* scale). Female participants in Diabetes em Movimento had higher levels of satisfaction than male participants with regard to overall satisfaction and the dimension of the programme's operation. Changing the facilities, timetable and publicising the programme more were some of the recommendations and suggestions for improvement put forward by the participants.

Conclusion: In conclusion, the evaluation of participants' satisfaction with the Diabetes em Movimento programme shows that this type of physical exercise programme should be in line with the sociodemographic characteristics, recommendations and preferences of its participants.

Keywords: Satisfaction Assessment, Community Programme, Physical Exercise, Type 2 Diabetes *Mellitus*, Diabetes em Movimento.

Índice

Enquadramento	3
Objetivos do estudo	11
Metodologia	13
Resultados	17
Discussão.....	23
Limitações.....	28
Conclusão	31

Introdução

A diabetes *mellitus* tipo 2 é reconhecida como um grave problema de saúde pública com impacto na qualidade de vida e nos custos em saúde (1). Os desenvolvimentos económicos e urbanos conduziram a um aumento do impacto global desta doença (2), que afeta as capacidades funcionais e a qualidade de vida dos indivíduos, ao conduzir a uma morbilidade significativa e a uma mortalidade prematura (3), com um terço das mortes de indivíduos com menos de 60 anos relacionadas com a diabetes (4). Dietas pouco saudáveis e um estilo de vida sedentário têm contribuído para estas tendências (5), sobretudo nas pessoas com índice de massa corporal mais elevado (6). O envelhecimento da população é outro fator que contribui para esta situação, uma vez que a diabetes tende a afetar os indivíduos mais velhos (7). O custo dos cuidados em saúde com a presença da diabetes é, pelo menos, 3.2 vezes superior à média das despesas de saúde *per capita*, com um aumento de 9.4 vezes na presença de outras complicações relacionadas com a diabetes (8).

A atividade física inclui todos os movimentos corporais que se traduzam num dispêndio energético acima dos níveis de repouso, enquanto o exercício é uma atividade física planeada e estruturada, visando objetivos específicos. O exercício melhora o controlo da glicemia na diabetes de tipo 2, reduz os fatores de risco cardiovascular, contribui para a perda de peso e melhora o bem-estar (9,10) e, quando praticado de forma regular, pode prevenir ou atrasar o desenvolvimento da diabetes tipo 2 (11). Os desafios relacionados com a gestão da glicemia variam consoante o tipo de diabetes, o tipo de atividade e a presença de complicações relacionadas com esta condição de saúde (12). Por conseguinte, as recomendações de atividade física e exercício devem ser adaptadas às necessidades específicas de cada indivíduo.

Intervenções estruturadas em saúde e no estilo de vida, que incluem atividade física pelo menos 150-175 minutos por semana e restrição calórica, que visam perdas de peso de 5%-7%, demonstraram reduções de 40%-70% no risco de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 em pessoas com tolerância à glicose diminuída (13).

Um estudo sobre o efeito do programa de estilo de vida saudável baseado no apoio da comunidade e dos pares, com uma intervenção de oito semanas, revela melhorias no comportamento de autocuidado e nos níveis de glicose no sangue em jejum de pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 (14). Os comportamentos de autocuidado são um aspeto importante da gestão desta condição de saúde, sendo um esforço diário que inclui

controlo da dieta, prática exercício físico, controlo da glicemia, toma de medicação e exames de rotina dos serviços de saúde (14).

Uma recente revisão sistemática de 53 que avaliaram 66 programas de intervenção no estilo de vida, referiu que, em comparação com os cuidados habituais, os programas de promoção de dieta e atividade física reduziram a incidência de diabetes *mellitus* tipo 2, o peso corporal e a glicemia em jejum, melhorando simultaneamente outros fatores de risco cardiovascular e metabólico (15). Estes programas de promoção da atividade física podem ser estratégias de reforço importantes, para que os indivíduos possam cumprir recomendações de atividade física regular para melhorar a sua condição de saúde e qualidade de vida (16).

Em Portugal, o Diabetes em Movimento surge como um programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, sob a coordenação da Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e do Programa Nacional para a Diabetes. Caracteriza-se por ser uma intervenção multi-institucional, multidisciplinar e multicompetente. As sessões são operacionalizadas em grupo, normalmente num pavilhão desportivo, e são conduzidas por profissionais de exercício físico e enfermeiros.

O programa Diabetes em Movimento (17,18) demonstra ser um programa eficaz, suportado por um plano de exercício físico metodologicamente estruturado pelas recomendações internacionais para atividade física e exercício para indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2, tendo também uma componente teórica com o objetivo de aumentar a literacia em saúde dos seus participantes para reforçar rotinas de autocuidado. Contudo, um aspeto relevante de avaliação destes programas passa pela avaliação da satisfação dos seus participantes, ou seja, perceber se os indivíduos estão satisfeitos em participar nas atividades propostas e com o seu respetivo grupo. Para colmatar esta lacuna, este estudo pretende avaliar a satisfação dos participantes do programa Diabetes em Movimento, em função do perfil sociodemográfico dos seus participantes, assim como, descrever os principais aspetos positivos e sugestões de melhoria consideradas pelos mesmos na época de 2023/2024.

A seguinte secção deste estudo descreve a diabetes tipo 2 como uma doença complexa e um grande desafio para a saúde pública, a importância das intervenções comunitárias de atividade física na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, a satisfação dos participantes em programas de intervenção comunitária e a avaliação da satisfação dos participantes no *Diabetes em Movimento*. Nas restantes secções, encontramos os objetivos do estudo, metodologia, resultados, discussão, limitações e conclusão.

Enquadramento

Diabetes *mellitus* tipo 2

A diabetes *mellitus* tipo 2 é uma doença complexa que representa um grande desafio de saúde pública pela sua prevalência e associação com o aumento da morbilidade e mortalidade precoce (19). Estima-se que 462 milhões da população global tinha diabetes *mellitus* tipo 2 em 2017 e que, até 2030, existirão 491 milhões de pessoas com esta condição de saúde, ou seja, mais 6,28% (1). A diabetes *mellitus* tipo 2 está associada a um risco elevado de comorbilidades e outras condições de saúde, como doenças cardíacas, alterações na visão e audição, insuficiência renal, lesões nervosas, amputações, problemas de saúde oral e nos pés (20). A Organização Mundial da Saúde considera a educação em saúde a base para o tratamento da diabetes, pela promoção do autocuidado e consciencialização para diminuir as suas complicações até 80% (21,22).

Segundo o Observatório Nacional da Diabetes, em 2021, a prevalência estimada da diabetes *mellitus* tipo 2 na população portuguesa com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos foi de 14,1%, correspondendo a cerca de 1,1 milhões de pessoas. Destes, apenas 56% (7,7%) tinham diagnóstico atribuído, enquanto 44% (5,9%) ainda não tinham sido diagnosticados.

Existem fatores modificáveis e não modificáveis que influenciam o desenvolvimento da diabetes *mellitus* tipo 2, sendo os primeiros frequentemente associados à urbanização, alimentação e comportamento sedentário atual. Os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2 são um índice de massa corporal elevado, níveis de atividade física inadequados, baixos ou inexistentes, e hábitos alimentares pouco saudáveis (23).

Os fatores modificáveis são considerados passíveis de serem alterados através de intervenções comportamentais que promovam estilos de vida saudáveis, com o objetivo de reduzir o risco de desenvolver esta condição (24). Fatores sociodemográficos (como a idade, a escolaridade e empregabilidade), psicossociais (como atitudes, crenças e conhecimento) e os comportamentais podem ser consideradas barreiras ao envolvimento de cada indivíduo na promoção da sua condição de saúde e dos comportamentos de autogestão da diabetes *mellitus* tipo 2 que deve adquirir (25). Porém, evitar ambientes obesogénicos torna-se hoje um grande desafio, quer pela ampla disponibilidade de alimentos não saudáveis a preços acessíveis, quer pelo aumento do nível de inatividade física e sedentarismo (26).

Estima-se que apenas um terço das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 são capazes de gerir eficazmente a sua condição de saúde, sendo que metade dessas pessoas relatam dificuldades de autogestão (27, 28). Tal relaciona-se com o facto de existirem desafios diários associados a um conjunto complexo de ações comportamentais, que devem ser integradas na sua rotina, como seguir um plano de nutrição específico, tomar medicamentos e praticar atividade física de forma regular (29, 30).

Em Portugal, e noutros países europeus, a prestação de cuidados a pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 ocorre essencialmente no âmbito dos cuidados de saúde primários (31). Os cuidados de saúde primários constituem um contexto-chave para a implementação de diferentes intervenções farmacológicas, não-farmacológicas (como, por exemplo, pela promoção de hábitos de alimentação mais saudável ou de prática de atividade física diária), pelo facto de existir um contacto mais próximo com os doentes e a possibilidade de prestar cuidados permanentes (32). Desta forma, Portugal é um país que tem um Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e um Programa Nacional para a Diabetes, dois dos doze programas prioritários de saúde da Direção-Geral da Saúde.

Apesar da importância dos cuidados de saúde primários, também são necessários ambientes de apoio e confiança para promover mudanças de comportamento (33). As intervenções de promoção de atividade física ou alimentação saudável ao nível dos cuidados de saúde primários carecem, assim, de recursos promotores e contextos favoráveis à sua prática na comunidade. Desta forma, as intervenções baseadas na comunidade são de particular interesse para a saúde pública, uma vez que envolvem os doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 no seu contexto de vida, podendo ter um impacto a nível da condição de saúde da população quando ganham escala, através da implementação em diversos contextos (34).

Intervenções comunitárias de atividade física na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2

Na carta de Ottawa, verificamos que o envolvimento da comunidade é reconhecido como uma componente crítica das estratégias de saúde pública, em que as comunidades podem assumir o controlo da sua condição de saúde (35). Além disso, a *International Society for Physical Activity and Health* publicou recentemente os “*Eight Investments That Work For Physical Activity*” 2020 (36), com a implementação de programas comunitários identificados como um dos oito investimentos-chave, o que destaca a sua relevância no aumento da prática regular de atividade física.

O termo "baseado na comunidade" tem um vasto leque de significados na literatura, mas McLeroy e colaboradores. (37) definem as intervenções baseadas na comunidade em quatro categorias: a) a comunidade como *setting* (ou seja, uma área geograficamente definida); b) a comunidade como objetivo (ou seja, o envolvimento dos membros da comunidade); c) a comunidade como agente (ou seja, o respeito e a utilização das capacidades naturais existentes na comunidade) e d) a comunidade como recurso (ou seja, a utilização dos recursos da comunidade, como a propriedade, para promover a mudança).

Os programas baseados na comunidade são apelativos, uma vez que podem chegar a várias pessoas fora dos contextos convencionais de cuidados de saúde. Uma vez que os locais de prestação de cuidados de saúde não têm capacidade adequada para oferecer intervenções comportamentais intensivas (38), devem ser oferecidos programas para a comunidade através de intervenções eficazes, para melhorar ou modificar comportamentos relacionados com a saúde (39). Os programas comunitários são práticos, pois envolvem uma vertente educativa em saúde para proporcionar mudanças no estilo de vida da pessoa com doença crónica, ao abordarem comportamentos de saúde, como a promoção da alimentação saudável ou prática regular de atividade física (40).

No Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da Organização Mundial da Saúde (41) destaca-se a importância destas intervenções com a missão de combater os níveis de inatividade física na população geral. Uma maneira eficaz de promover a atividade física passa pelo desenvolvimento e pela implementação de intervenções comunitárias de atividade física - *Physical Activity Community-based Interventions, PACIs* (42, 36). Na última década, registou-se um aumento acentuado do número de intervenções em saúde eficazes com o objetivo de diminuir níveis insuficientes de prática regular de atividade física (43), sendo que ainda existem poucas intervenções de

atividade física traduzidas e sustentadas com sucesso e eficácia, na prática (44). Um dos desafios em diversos países passa por estabelecer intervenções eficazes e de baixo custo que possam ser implementadas e sustentadas com sucesso, para gerir a condição de saúde da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 (45).

Quando existe um nível insuficiente de prática regular de atividade física, este tipo de intervenção é relevante pelos benefícios demonstrados na condição de saúde física e mental dos participantes, como na redução do risco de doenças não transmissíveis como o cancro, a diabetes *mellitus* tipo 2 e as doenças cerebrovasculares (46), assim como, na diminuição do impacto de perturbações de saúde mental como a depressão e a ansiedade (47). Além disso, verificou-se que a atividade física tem benefícios também para a conexão social contribuindo, por exemplo, para a coesão da comunidade (48) e para o aumento dos níveis globais de atividade física.

McLeroy e colaboradores reconhecem a dificuldade de resumir os resultados dentro destas categorias e o facto de muitas intervenções comunitárias terem características em diferentes aspectos (37). Os elementos-chave das intervenções comunitárias enfatizam interações sociais (49), que incluem a mobilização das comunidades para participarem ativamente na concretização dos objetivos da intervenção, onde se inclui a implementação de atividades em contextos comunitários, como no local de trabalho, nas instalações de cuidados de saúde e nas escolas (50).

A implementação de intervenções comunitárias para a prática de atividade física enfrenta vários desafios para conseguir a efetividade dos programas, quer pelos diferentes contextos quer pelas diferentes componentes multinível adjacentes (51). Estas intervenções comunitárias devem ser adaptadas às características da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 (uma população específica) e os profissionais responsáveis pela implementação do programa devem ser capazes de adaptar-se às necessidades da pessoa com doença crónica (52).

O envolvimento efetivo das comunidades tem um impacto positivo no capital social, por promover maior capacitação da comunidade e, conseqüentemente, uma melhor condição de saúde e redução das desigualdades na saúde, mesmo que ainda existam muitos desafios para uma implementação bem-sucedida (53). Além disso, existem poucos dados concretos sobre a eficácia dos programas de envolvimento da comunidade, sobretudo no que se refere à melhoria dos resultados de médio-longo prazo, que incluem os resultados relacionados com a saúde (54).

As avaliações tradicionais de intervenções em saúde pública centram-se frequentemente na medição dos impactos num único resultado específico em saúde

(55). No entanto, as avaliações de impacto, por si só, oferecem poucas oportunidades para explorar os mecanismos subjacentes ao sucesso ou ao fracasso de uma intervenção, sobretudo quando o nível de impacto é distribuído de forma distinta entre grupos diferentes (56). A avaliação de processo é por isso fundamental para se compreender a implementação e os mecanismos através dos quais as intervenções podem impactar uma população (56).

A avaliação de processo fornece informações adicionais sobre a implementação, tais como, a utilização de diferentes estruturas e recursos, o papel e a participação de diferentes atores, os fatores contextuais e a forma como todos podem ter tido impacto nos resultados (57,58, 56). Desta forma, uma avaliação do processo é frequentemente realizada em paralelo com uma avaliação dos resultados (59). Além da avaliação da fidelidade, da dose, qualidade e adaptação, a avaliação responsividade e satisfação dos participantes com a intervenção é um elemento essencial da avaliação do processo de implementação (60).

A satisfação dos participantes em programas de intervenção comunitária

A satisfação é um conceito complexo e multidimensional, com inúmeros fatores determinantes (61,62), discutíveis perante diferentes contextos ou condições, seja pela diversidade das concepções do conceito de satisfação, seja pelas dimensões diversas nos instrumentos de medição dos estudos (63), que dificulta a capacidade de comparar estes diferentes instrumentos para avaliar o nível de satisfação (64).

A satisfação e a insatisfação são medidas importantes da qualidade dos serviços de saúde e dos comportamentos relacionados com a saúde (65,66). A satisfação dos doentes é um fenómeno complexo que influencia muitos aspetos dos cuidados de saúde, onde incluímos as características do sistema de saúde, as expectativas individuais sobre o mesmo e o estado de saúde do próprio indivíduo (67, 68). A satisfação está relacionada com a forma como a experiência de cada indivíduo se compara às suas próprias expectativas (69). Segundo Bull (70), a experiência da pessoa pode ser definida como “*o que*” aconteceu durante um episódio de cuidados e “*como*” aconteceu na perspetiva da pessoa (71) sendo que a satisfação capta expectativas pessoais e opiniões subjetivas perante o resultado em saúde (72, 73).

Os resultados dos inquéritos de satisfação dos doentes permitem aos prestadores de cuidados de saúde identificar os fatores que necessitam de ser melhorados (74). Devem permitir que os decisores políticos compreendam as necessidades dos doentes, para que elaborem um plano estratégico para tornar os serviços eficazes e de melhor

qualidade (75). Por conseguinte, o processo de melhoria da qualidade com base na satisfação dos doentes é necessário para medir as associações entre as experiências relatadas sobre aspetos específicos dos serviços de saúde, as variáveis demográficas dos doentes e as características pessoais, com o objetivo de identificar as partes dos serviços que potencialmente necessitam de melhorias (76).

Os determinantes mais sólidos da satisfação dos doentes prendem-se com as percepções das características da qualidade dos serviços de saúde, nomeadamente com a qualidade das aptidões interpessoais dos prestadores de cuidados de saúde, a competência, o ambiente físico e acessibilidade das instalações e o impacto dos cuidados prestados ou atividades propostas (77). Este dado sustenta uma série de teorias e modelos sobre a qualidade dos serviços de saúde, que sugerem que os indicadores de qualidade dos serviços de saúde (os indicadores de processo e resultados dos serviços de saúde) desempenham um papel crucial na satisfação dos doentes (78, 79, 80).

Entre os determinantes relacionados com os serviços prestados existe uma associação entre as competências interpessoais dos profissionais de saúde e a satisfação dos doentes (77). Quando consideramos os determinantes relacionados com os prestadores de cuidados de saúde, um estudo identifica nove fatores determinantes papel nas variações da satisfação dos doentes sobre os serviços de cuidados de saúde prestados: (a) cuidados técnicos, (b) relações interpessoais, (c) ambiente físico, (d) acesso - acessibilidade, disponibilidade e recursos, (e) características organizacionais, (f) continuidade e (h) resultados em saúde (77). Estudos sugerem que as diferenças nos níveis de satisfação podem estar enraizadas em crenças pessoais, que mostram que a satisfação ocorre quando há afinidade entre o paciente e o profissional, bem como quando os pacientes têm autonomia e se sentem bem-vindos e confiantes (81).

Jung et al. avaliou a satisfação da pessoa idosa com os programas de atividade física nos centros de convívio perante os instrutores, programas de exercício e instalações (82). Este estudo mostra que a satisfação dos utilizadores difere em função das características demográficas (sexo, escolaridade, estado civil, tipo de família, situação económica) e das características da participação da pessoa nas sessões de exercício (duração do exercício e período de participação) (82). No entanto, poucos estudos analisaram as razões da não participação nas atividades físicas proporcionadas em termos do nível de satisfação.

Avaliação da satisfação dos participantes no Diabetes em Movimento

O *Diabetes em Movimento* surge como programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2, implementado em Portugal, sob a coordenação da Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e do Programa Nacional para a Diabetes. Caracteriza-se por ser uma intervenção multi-institucional e multidisciplinar com ciclos de nove meses de plano de intervenção (de outubro a junho), com três sessões semanais intercaladas de exercício físico (2^a, 4^a e 6^a-feira), com duração de 90 minutos cada. As sessões são operacionalizadas em grupo (20 a 30 indivíduos com idade acima dos 60 anos), num pavilhão desportivo, sendo conduzidas por profissionais de exercício físico e enfermeiros. São usadas estratégias de exercício de elevada aplicabilidade, desenvolvidas com recursos materiais mínimos e de baixo custo.

O programa *Diabetes em Movimento* demonstra ser um programa eficaz, ao ser suportado por um plano de exercício físico metodologicamente estruturado pelas recomendações internacionais para atividade física e exercício para indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2, que inclui também uma componente teórica com o objetivo de aumentar a literacia em saúde dos seus participantes para reforçar rotinas de autocuidado (17, 18).

A aptidão física é uma questão importante para a saúde e a qualidade de vida da pessoa com diabetes de tipo 2. No entanto, os efeitos do exercício físico sobre a aptidão física baseiam-se, frequentemente, em programas de exercício desenvolvidos com equipamentos dispendiosos e complexos, que nem sempre estão disponíveis para pessoas com diabetes de tipo 2 (83). Porém, intervenções que usam o exercício físico, como as atividades baseadas na marcha e exercícios de resistência realizados apenas com o peso corporal e pesos livres, demonstram também eficácia para melhorar os níveis de aptidão física e prevenir as quedas na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 (83).

O Diabetes em Movimento é implementado em diferentes regiões de Portugal desde 2016, com participantes ativos de um total de 42 polos de abrangência nacional considerando apenas a época de 2023/2024. Através deste estudo, conseguimos perceber que, durante a construção do programa Diabetes em Movimento, existiu sensibilidade para que fosse escolhida uma área geográfica bem definida através da escolha de um polo nacional, que se envolve membros da comunidade ao escolher responsáveis locais pelo funcionamento do programa (professores do exercício e profissionais de saúde) e que recorre à utilização de instalações locais para que, no fim,

existam mudanças significativas na condição de saúde de pessoas com diabetes tipo 2. Embora este programa de intervenção tenha estudos de avaliação que comprovem a sua eficácia (17, 18) existe uma lacuna na avaliação da satisfação dos seus participantes.

Objetivos do estudo

O objetivo principal deste estudo foi o de avaliar a satisfação por parte dos participantes no Diabetes em Movimento, um programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2, na época de 2023/2024 –.

Os objetivos específicos prenderam-se com:

- a) determinar a satisfação global e a satisfação com dimensões específicas do programa dos participantes do programa Diabetes em Movimento;
- b) verificar a existência de diferenças nos níveis de satisfação globais e em dimensões específicas em função de características sociodemográficas dos participantes do Diabetes em Movimento;
- c) identificar os principais aspetos positivos e sugestões de melhoria identificados pelos participantes do Diabetes em Movimento.

Metodologia

Este estudo é um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa. Para realizar este estudo elaborou-se um questionário com a finalidade de avaliar o grau de satisfação dos participantes do Diabetes em Movimento na época 2023/2024.

Amostra

Para este estudo, foram selecionados, de forma aleatória, 5 participantes ativos de cada um dos 42 polos do Diabetes em Movimento, da época de 2023/2024, tendo sido obtida uma amostra total de 205 indivíduos.

Instrumentos de recolha de dados

Para a concretização dos objetivos do estudo, desenvolveu-se um formulário de avaliação da satisfação dos participantes do programa *Diabetes em Movimento*, a partir de questões incluídas noutros questionários destinados a avaliar a satisfação em programas comunitários (84, 85).

O formulário tinha um total de 27 questões (com 23 perguntas de resposta fechada e 4 de resposta aberta), agrupado em três partes distintas:

Parte I, caracterização dos participantes do Diabetes em Movimento (i.e., sexo, faixa etária, polo e nível de escolaridade);

Parte II, questões de resposta aberta sobre assiduidade (i.e., “*Quantas vezes por semana costuma ir às atividades do Diabetes em Movimento, desde o início do programa desta época, que começou em outubro de 2023?*”), frequência de participação (i.e., “*No último mês, foi sempre este número de vezes por semana?*”) e sobre aspetos positivos/negativos sobre o *Diabetes em Movimento* (i.e., “*Do que mais/menos gosta no Diabetes em Movimento?*”);

Parte III, questões sobre a satisfação sobre a implementação do *Diabetes em Movimento* e o impacto do Diabetes em Movimento na condição de saúde e no estilo de vida dos participantes, para avaliar a satisfação global e diferentes aspetos específicos – como, por exemplo, avaliação da satisfação sobre as sessões de exercício, sessões de educação, e perante os profissionais responsáveis (i.e., “*Numa escala de 1 a 5, em que 1 significa “completamente insatisfeito” e em que 5 significa “completamente satisfeito”, diga-nos em que medida está satisfeito/a com a realização das atividades*”);

propostas no Diabetes em Movimento?”). Na Parte III, as questões foram respondidas através de uma escala de *Likert* entre 1 (Completamente Insatisfeito) a 5 (Completamente Satisfeito), exceto as 2 perguntas finais de resposta aberta sobre recomendação e sugestões de melhoria.

Procedimento

O estudo foi apresentado e divulgado pelos coordenadores responsáveis de cada polo dos 42 polos do *Diabetes em Movimento*, tendo sido solicitada a assinatura do consentimento informado a cada um dos participantes. Os consentimentos informados foram entregues em cada polo e, após terem sido devidamente assinados, foram enviados à investigadora principal.

Foi realizada uma seleção aleatória de 5 dos participantes de cada um dos 42 polos do Diabetes em Movimento, a partir da listagem de todos os participantes, usando uma sequência de números aleatórios. Foram feitas 3 chamadas (no máximo) para cada um dos contactos dos participantes escolhidos, num total de 5 participantes dos 42 polos.

O formulário foi aplicado por chamada telefónica realizada pela autora, num período de 30 dias úteis (de 6 a 28 de junho de 2024), aos participantes ativos do Diabetes em Movimento da época 2023/2024 previamente seleccionados. Os números de telefone foram cedidos pelos responsáveis de cada polo, sem identificação do nome do participante. Os participantes foram informados que poderiam não responder a alguma questão e desistir a qualquer momento da sua participação neste estudo. Os dados, totalmente anónimos, foram registados e armazenados numa plataforma digital protegida com *password*, associada à conta pessoal da ENSP, sendo apenas a IP a única pessoa com acesso. Deste modo, foram asseguradas as questões relativas à proteção e anonimização dos dados recolhidos.

Este estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, identificado com o número nº 22/2024.

Análise de dados

Todos os resultados foram obtidos com recurso ao software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na sua versão 22.0. Foi utilizado um nível de significância de (α) de 0,05 nos testes de hipóteses .

De modo a fazer uma caracterização da amostra, foram analisadas as estatísticas descritivas associadas ao sexo, faixa etária, nível de escolaridade e polo do Diabetes em Movimento que os inquiridos frequentavam.

De forma a tentar agregar as diversas variáveis de satisfação num conjunto mais restrito de dimensões, foi efetuada uma análise fatorial exploratória. Numa primeira instância, foi averiguada a adequação da análise, através do teste de esfericidade de *Bartlett* ($< 0,001$) e do *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,713). A partir dos valores próprios e da análise do “*scree plot*” foram extraídas seis dimensões, que explicavam 73.4% da variância total. As variáveis que saturaram em cada fator foram: (1) satisfação com o funcionamento do programa (cinco itens; α de *Cronbach* = 0.709); (2) satisfação com o impacto do programa (quatro itens; α de *Cronbach* = 0.834); (3) satisfação com as instalações e acessibilidade (dois itens; α de *Cronbach* = 0.848); (4) satisfação com os profissionais de saúde e professores do exercício (dois itens; α de *Cronbach* = 0.871) (5) satisfação com a sessão de educação para a saúde sobre “Pé Diabético” (um item) e (6) satisfação com a sessão de educação para a saúde sobre “Hipertensão” (um item) (Apêndice IV).

Foram depois calculadas as estatísticas descritivas quer da satisfação global dos participantes com o programa, quer com cada uma das dimensões de satisfação. Com o objetivo de testar possíveis diferenças no nível de satisfação global (e dimensões específicas de satisfação) em função do sexo, da faixa etária, do nível de escolaridade e do polo do Diabetes em Movimento que frequentam, foram realizados os testes *T-student* ou *Kruskall Wallis*, quando não foi verificado o pressuposto da normalidade da amostra.

Posteriormente foi realizada uma análise de conteúdo sobre as principais respostas dadas pelos participantes às perguntas abertas sobre recomendações e sugestões de melhoria (86). Os motivos pelos quais os participantes recomendam o programa Diabetes em Movimento a outras pessoas com diabetes tipo 2, bem como as sugestões de melhoria que os participantes identificam foram agrupados em diferentes tópicos e calculadas as percentagens correspondentes, tendo em conta o número total de respostas (%).

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 205 indivíduos, sendo 47.8% do sexo feminino e 52.2% do sexo masculino. Os grupos etários mais representados foram o das idades entre os 65 aos 69 anos e os 70 e os 74 anos, seguido do grupo etário entre os 75 e os 79 anos. Da amostra total, 45.9% dos participantes tinham o ensino primário completo (4ª classe), sendo que 12.7% tinham completado o ensino secundário e 5.4 % uma licenciatura (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.

	n	%
Sexo		
Masculino	107	52.2%
Feminino	98	47.8%
Faixa Etária		
50-54	3	1.5%
55-59	13	6.3%
60-64	17	8.3%
65-69	58	28.3%
70-74	58	28.3%
75-79	47	22.9%
80 - 80+	9	4.4%
Nível de Escolaridade		
Sem saber ler nem escrever	1	
Menos que 4ª classe	8	3.9%
4ª classe	94	45.9%
6º ano	22	10.7%
9º ano	33	16.1%
11º ano	10	4.9%
12º ano	26	12.7%
Licenciatura	11	5.4%
Total	205	100%

A maioria dos participantes do Diabetes em Movimento teve conhecimento deste programa de intervenção comunitária através de profissionais do centro de saúde local (88.8% da amostra total) e, em média, os participantes costumam frequentar o programa 3 vezes por semana (M= 2.90) (Tabela 2).

Tabela 2 – Forma como teve conhecimento do programa Diabetes em Movimento.

Como teve conhecimento sobre o Diabetes em Movimento?	%
Por amigos e conhecidos	5.4
Pelo município	3.4
Pelas redes sociais	2.0
Outras opções	0.5
Por profissionais de saúde	88.8

Satisfação global com o Diabetes em Movimento

De uma forma global, verificou-se que os participantes do Diabetes em Movimento apresentaram, em média, níveis de satisfação acima do nível 4 na Escala de *Likert* (“Muito Satisfeito”) independentemente das suas características sociodemográficas, sendo que 81.4% dos participantes consideravam-se “Completamente Satisfeitos” e 15.7% “Muito Satisfeitos”. Relativamente às instalações das atividades onde se realiza este programa, 52.9% dos participantes estavam “Completamente Satisfeitos”. Cerca de 94.3% dos participantes estavam “Completamente Satisfeitos” com a equipa de enfermagem e 92.4% dos participantes estavam “Completamente Satisfeitos” com os professores do exercício, sendo que 71% dos participantes estavam “Completamente Satisfeitos” com os dias comemorativos – dias específicos em que existe maior conexão social entre os participantes e os responsáveis de cada pólo.

Dimensões da satisfação em função de características sociodemográficas

Verificou-se que as participantes do sexo feminino estão mais satisfeitas com o programa Diabetes em Movimento ($M = 4.67$; $DP = 0.53$), do que os participantes do sexo masculino ($M = 4.50$; $DP = 0.37$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($F = 0.192$, $p = 0.007$). Verificou-se que as participantes do sexo feminino também estão mais satisfeitas com o programa Diabetes em Movimento no que diz respeito à dimensão da satisfação com o funcionamento do programa ($M=6.02$; $DP=0.32$), do que os participantes do sexo masculino ($M=5.77$; $DP=0.45$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($F=29.88$, $p=0.000$). Não se verificaram diferenças significativas nas restantes dimensões da satisfação em função do sexo dos participantes ($p > 0.05$).

Verificamos também que os participantes com idades compreendidas entre os 60-64 ($n=17$) foram os mais satisfeitos, de forma global, com o programa ($M=4.92$; $DP=1.17$). Contudo, quando consideramos as diferentes dimensões da satisfação, apenas

existiram diferenças significativas entre as diferentes faixas etárias quando considerado o nível de satisfação sobre a sessão para a educação de “Hipertensão” (Tabela 3).

Tabela 3 – Diferenças entre grupos das diferentes faixas etárias com a sessão de educação para a saúde sobre “Hipertensão”.

Satisfação com a sessão para a educação sobre “Hipertensão”		
Faixa etária	Faixa etária	<i>p</i>
60-64 anos	65-69 anos	0.003
	70-74 anos	0.002
	75-79 anos	0.005
70-74 anos	60-64 anos	0.002
75-79 anos	60-64 anos	0.005

Relativamente ao nível de escolaridade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) no que diz respeito à satisfação global e outras dimensões da satisfação (Anexo).

Motivos de recomendação e sugestões de melhoria

Após análise de conteúdo sobre as duas últimas perguntas de resposta aberta do formulário deste estudo sobre os motivos da recomendação e sugestões de melhoria, foram contabilizadas 349 respostas aos motivos de recomendações sobre o programa Diabetes em Movimento. Os participantes recomendam o programa Diabetes em Movimento a outras pessoas por: perceberem maior sensação de bem-estar, de saúde física e mental (38,39%); atividades propostas sobre movimento e exercício físico (22,06%); convívio entre o grupo onde estão inseridos e pela entreaajuda que existe, por perceberem que ajuda no combate ao isolamento e à solidão (18,62%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Motivos de recomendação do Diabetes em Movimento identificados pelos participantes.

Motivos	n (%)	
Saúde	Saúde física e mental	134 (38.39%)
	Sensação de bem-estar	
	Sensação positiva	
Exercício Físico	Exercício Físico	77 (22.06%)
	Atividade Física	
	Movimento	
Convívio	Sentimento de pertença	65 (18.62%)
	Convívio do grupo	
	Combate ao isolamento e solidão	
Doença	Controlo e gestão da diabetes tipo 2	31 (8.88%)
Profissionais de saúde e professores do exercício	Acompanhamento profissional personalizado e especializado	19 (5.44%)
Qualidade de vida	Manutenção	16 (4.58%)
Literacia em Saúde	Novas aprendizagens e conhecimentos	7 (2%)
TOTAL		349 (100%)

Relativamente às sugestões de melhoria, foram contabilizadas 215 respostas em 205 participantes, sendo que 64,19% das respostas dos participantes deste estudo não referem nenhuma sugestão de melhoria sobre o programa Diabetes em Movimento perante a época de 2023/2024. Do total de 215 sugestões de melhorias, as três principais respostas indicadas passam por uma maior divulgação do programa Diabetes em Movimento por parte dos médicos de família e/ou nos centros de saúde locais, mudança de instalações por diferentes razões (tais como climatização ou sobreposição

de atividades do município do polo que frequentam) e questões sobre o transporte, horários e frequência das sessões de exercício (Tabela 5).

Tabela 5 - Sugestões de melhoria relativamente ao programa Diabetes em Movimento.

Sugestões de melhoria	n (%)	
Comunicação (6,96%)	Aumento da divulgação do programa por parte dos médicos de família e/ou centros de saúde	14 (6,5%)
	Apresentação dos objetivos	1 (0,46%)
Instalações (8,37%)	Mudança de instalações	8 (3,72%)
	Indisponibilidade de instalações	6 (2,79%)
	Instalações fracas e desadequadas	4 (1,86%)
Acesso (4,65%)	Transporte	6 (2,79%)
	Entrada de outros municípios	4 (1,86%)
Horário e duração das sessões de exercício (8,36%)	Mudança de horários	6 (2,79%)
	Alteração da pausa do programa de 3 meses apenas para 1 mês/ano	6 (2,79%)
	Alteração da frequência semanal	4 (1,86%)
	Aumento da duração da sessão	1 (0,46%)
	Mudança dos dias de semana	1 (0,46%)
Sessões de exercício (5,57%)	Aumento da dificuldade dos exercícios propostos	4 (1,86%)
	Mudança do plano de exercícios – exercícios repetitivos	3 (1,39%)
	Criação de novos eventos de <i>Walking Football</i>	1 (0,46%)
	Aumento da frequência dos dias das sessões de exercício – mais dias por semana	4 (1,86%)
Sessões de educação	Escolha de outros temas para serem abordados no programa	1 (0,46%)
Recursos materiais	Aquisição de máquina de café	1 (0,46%)
Recursos humanos	Recrutamento de médicos	1 (0,46%)
Deslocações	Criação de novas visitas e passeios	1 (0,46%)
Nada a acrescentar	Sem sugestões de melhoria	138 (64,19%)
TOTAL		215 (100%)

Discussão

Os programas comunitários são uma resposta de intervenção essencial na gestão das pessoas com diabetes tipo 2, porém para que existam níveis de adesão ótimos nestes programas é necessário garantir a satisfação dos participantes. Embora o Diabetes em Movimento tenha já sido avaliado em diferentes perspectivas (17,18), a satisfação dos participantes com o programa não tinha ainda sido avaliada. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar a satisfação dos participantes do programa Diabetes em Movimento - um programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2.

Considerando a frequência de participação, em média, os participantes costumam frequentar o programa três vezes por semana, conforme as recomendações internacionais para ganhos em saúde pela prática regular de atividade física e exercício físico (87), o que é um ponto positivo para o programa Diabetes em Movimento.

Neste estudo, verificamos que existiram diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino na satisfação global e nas diferentes dimensões – as mulheres avaliaram melhor o programa do que os homens. Um estudo revela que homens com diabetes mellitus tipo 2 tinham menor adesão ao tratamento do que mulheres e que estavam menos satisfeitos com a forma como eram tratados, sendo que ainda levantaram a hipótese de que homens com diabetes provavelmente tinham uma expectativa de vida menor do que as mulheres (88). Outros estudos revelam que as mulheres estavam mais satisfeitas com os serviços de saúde do que os homens (89). Porém, os resultados da relação entre o sexo e a satisfação são diferentes entre a literatura existente, sendo que não se encontra um padrão claro de satisfação entre pessoas do sexo masculino e feminino (90).

Relativamente à faixa etária, não foram encontradas diferenças significativas, exceto na dimensão que engloba a sessão de educação para a saúde sobre “Hipertensão”, provavelmente justificado pelo facto de alguns dos polos do Diabetes em Movimento não terem lecionado até à data do inquérito por telefone esta aula específica. Como estes participantes não avaliaram esta questão quanto à satisfação, deviam ter sido retirados dos cálculos estatísticos. Como solução desta situação específica, deveríamos ter considerado uma outra opção de resposta como, por exemplo, “não sabe” no questionário, o que não foi feito.

Neste estudo, o nível de satisfação dos participantes foi elevado (acima de 4 pontos na escala de *Likert*) independentemente da faixa etária onde se encontravam. Uma revisão

sistemática sobre os determinantes de satisfação dos pacientes revela evidência nas relações entre qualquer uma das treze características sociodemográficas (idade, género, educação, estatuto socioeconómico, estado civil, raça, religião, características geográficas, regularidade das visitas, duração, estado de saúde, personalidade e expectativas) dos doentes e a satisfação global com os serviços de saúde, sendo que a maioria dos estudos concluiu que as pessoas mais velhas estavam mais satisfeitos com os serviços de saúde do que os mais jovens (77, 91).

Neste estudo, não existiram diferenças significativas no nível de escolaridade perante a satisfação global e satisfação das diferentes dimensões da satisfação. Estudos anteriores têm revelado resultados distintos a este nível; enquanto um estudo sobre satisfação com os cuidados de saúde revelou que o nível de escolaridade era inversamente proporcional ao nível de satisfação (92), outros estudos que revelaram que as pessoas com um menor nível de educação tendem a estar menos satisfeitas (93).

A análise fatorial revelou que a dimensão de funcionamento do programa abrangia a satisfação global e relativa do programa Diabetes em Movimento com as atividades propostas, as sessões do exercício físico, os dias comemorativos e, também, com a sessão de educação em saúde sobre o tema “Alimentação”. Tal indica que, na perspetiva dos participantes do Diabetes em Movimento, as atividades do programa, assim como as sessões de exercício e a sessão de educação para a saúde sobre alimentação tendem a ser avaliadas da mesma forma. De facto, uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física são pontos-chave para um estilo de vida saudável ao longo da vida, pela capacidade de melhorar a composição corporal, a saúde músculo-esquelética e o desempenho físico e cognitivo, bem como de prevenir doenças metabólicas como a obesidade, a diabetes *mellitus* e as doenças cardiovasculares (94). Embora estes benefícios para a saúde da alimentação e da atividade física sejam frequentemente estudados de forma isolada, torna-se cada vez mais evidente que a integração da alimentação e da atividade física numa mesma dimensão têm o potencial de produzir um impacto maior na saúde e qualidade de vida das pessoas, do que implementar estratégias que se centram apenas numa ou noutra (94).

Existe uma outra dimensão relacionada com a satisfação do impacto que o programa Diabetes em Movimento tem na qualidade de vida, na mobilidade e capacidade para realizar as tarefas diárias, na gestão da doença e na saúde mental da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2. “Qualidade de vida relacionada com a saúde” significa a qualidade subjectiva de vida que pode ser direta ou indiretamente afetada pelo estado de saúde de um indivíduo ou pelo reconhecimento da saúde física ou mental, sendo

utilizada principalmente para medir os resultados dos cuidados de saúde e de uma condição de saúde específica (95). Percebemos pelos resultados deste estudo que os participantes têm um elevado nível de satisfação perante o impacto que o programa tem nas suas vidas, pelos ganhos em saúde percebidos na sua mobilidade e capacidade em realizar tarefas diárias, à medida que as sessões de exercício acontecem – consideram-se mais fortes, ágeis, autónomos e independentes. Por outro lado, os participantes também se encontram satisfeitos com o impacto que este programa tem na sua saúde mental, sobretudo porque demonstram satisfação pela sua conexão com o grupo e sentimento de pertença.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (23), a educação para a saúde proporciona oportunidades de aprendizagem tanto aos indivíduos como às comunidades para aquisição de informações ou competências necessárias para melhorar o nível de saúde da população. O objetivo da educação para a saúde é que o público-alvo aumente o conhecimento sobre a saúde, melhore atitudes em relação à sua condição de saúde e cultive um estilo de vida mais saudável (96). A educação para a saúde na comunidade é uma forma eficaz de melhorar os conhecimentos e literacia em saúde, sendo a experiência em educação para a saúde fundamental para desenvolver conteúdos adaptados e abordagens adequadas à promoção da saúde (97). Para melhorar a literacia em saúde pública, alguns países têm-se concentrado na utilização eficaz da educação para a saúde na comunidade, onde existem esforços na introdução de políticas, na melhoria das infraestruturas e na alocação de recursos humanos (98).

Neste estudo, verifica-se que esta “dimensão educacional”, onde era espectável incluir os conteúdos lecionados sobre temas específicos sobre a condição de saúde da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, não constituiu uma das dimensões da satisfação. A sessão de educação para a saúde sobre “Alimentação” foi incorporada na dimensão sobre o funcionamento do programa, sendo que não ficou claro a diferença entre a satisfação entre as três diferentes sessões, pois alguns participantes do *Diabetes em Movimento* não tinham tido as mesmas sessões de educação para a saúde até ao momento da avaliação, o que tornou inviável a sua posterior comparação. Contudo, é provável que a introdução de conteúdos educativos no programa *Diabetes em Movimento* justifique uma mudança comportamental na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, já que o acesso a uma educação para a saúde eficaz pode alterar potenciais comportamentos em saúde (98), ao demonstrar-se que educadores com sessões interativas podem estar relacionadas com um maior envolvimento na educação para a saúde da comunidade e, assim, contribuir para uma melhor aquisição de conhecimentos e literacia em saúde (99).

A satisfação dos participantes com os profissionais de saúde e professores do exercício é outra dimensão neste estudo. Através da análise das respostas dadas ao questionário pelos participantes, percebemos que existem relações que proporcionam um ambiente familiar característico do programa Diabetes em Movimento, quer entre os participantes de cada polo e entre polos, tal como, entre os participantes de cada polo e respetivos profissionais de saúde e professores do exercício.

Os participantes revelam-se satisfeitos e envolvidos nas atividades propostas sobre o exercício físico, bem como com os dias comemorativos – dias específicos onde existe forte coesão social entre o grupo com atividades diferentes do habitual. De acordo com Patey e colaboradores, o comportamento dos profissionais de saúde deve compreender seis objetivos diferentes, que incluem a construção de alianças terapêuticas através da colaboração, da comunicação e da empatia com respeito (100). Quando bem-sucedido, este comportamento conduz a um melhor envolvimento do doente no processo de cuidados de saúde, como por exemplo, motivar a procura de assistência médica em caso de problemas de saúde recorrentes, a cumprir um plano de tratamento acordado e a cooperar na gestão das condições de saúde (101,100).

A satisfação dos participantes com as instalações e acessibilidade formam outra dimensão de satisfação deste estudo, sendo que os participantes do Diabetes em Movimento frequentam diferentes polos nacionais - 42 polos totais avaliados na época 2023/2024. A literatura refere diferentes aspetos a considerar sobre o acesso às infraestruturas, que podem afetar o nível de satisfação dos doentes: o acesso aos serviços de saúde é um fator determinante multidimensional que se mede pelas (a) questões organizacionais - acessibilidade, (b) pelos recursos dos serviços - disponibilidade e (c) pelas barreiras pessoais - acessibilidade económica (102, 103). Contudo, este programa comunitário não é considerado um serviço em saúde, não podendo ser feita esta comparação de forma direta. Todavia, seria interessante que este programa comunitário fosse incluído como um plano de prescrição de exercício para a pessoa com diabetes tipo 2 – prescrição social (uma abordagem inovadora, que permite criar ligações entre as pessoas, os cuidados de saúde e os recursos de apoio existentes na comunidade para melhorar a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida) (104). Embora tendo sido testado no âmbito das consultas de atividade física no Serviço Nacional de Saúde, maiores esforços podem ser feitos para que esta solução seja considerada como uma prestação de um serviço em saúde.

Em suma, as dimensões de satisfação encontradas neste estudo foram semelhantes ao que encontramos na literatura. Foi interessante constatar que existem aspectos bem delineados sobre a avaliação da satisfação, nomeadamente no que diz respeito às

instalações, às relações interpessoais, à organização e ao impacto nos resultados em saúde. A incapacidade de avaliar adequadamente os programas em todas as suas dimensões pode levar a um desperdício de recursos, a falhas no desenho da avaliação do programa e à incapacidade de melhorar a condição de saúde dos participantes por não descobrir em que, onde e como melhorar o programa que usufruem.

Ao pedir sugestões de melhoria aquando das perguntas de resposta aberta do questionário deste estudo, alguns participantes mostraram-se satisfeitos com o local das sessões de exercício físico cedido pelos respetivos municípios. Outros referiram debilidade das infraestruturas, climatização deficiente, falta de disponibilidade em utilizar estes recursos por outras atividades em simultâneo no mesmo espaço municipal cedido. Contudo, a parceria com os municípios que apoiam este tipo de intervenções comunitárias em saúde parece ser vantajosa ao valorizar as redes sociais da comunidade, assim como, em utilizar recursos existentes do município para proporcionar e oferecer oportunidades em saúde específicas (105).

Embora a grande maioria dos participantes deste estudo tivessem tido conhecimento deste programa por parte de profissionais de saúde, uma das três sugestões de melhoria recaí sobre a falta de divulgação do programa por parte dos médicos de família e centro de saúde. Para melhorar esta divulgação, os responsáveis de cada polo poderiam utilizar meios de comunicação da comunidade local (como a rádio, jornal e redes sociais do município) como forma de divulgação mais abrangente. Também poderiam comunicar em miniassembleias nas juntas de freguesia e/ou câmaras municipais, em palestras nos centros de saúde, em escolas, cafés e igrejas para atingir o público-alvo deste programa. Quando os profissionais de saúde e do exercício fossem o público-alvo da comunicação, a divulgação poderia passar por uma breve explicação (*pitch* do Diabetes em Movimento) sobre a importância deste tipo de programas comunitários no impacto da condição de saúde da pessoa com diabetes tipo 2.

Através de um plano de comunicação, divulgação e disseminação do Diabetes em Movimento, mais pessoas podiam usufruir desta oportunidade de frequentar um programa comunitário gratuito no seu município – um aspecto referido por muitos dos participantes aquando da chamada telefónica, que consideraram este facto uma falha do Diabetes em Movimento. Ao existir um número crescente de pessoas com doenças crónicas que exigem cuidados e tratamentos em saúde por profissionais de saúde de diferentes disciplinas (106), há uma maior necessidade de partilhar informações entre especialistas para garantir a continuidade e a integração dos cuidados (107, 108, 109), sendo que o sucesso desta prática está dependente de uma comunicação eficaz e eficiente (110).

Com isto, presume-se que quanto maior e melhor for a divulgação dos médicos de família e outros profissionais de saúde sobre o programa Diabetes em Movimento, maior a probabilidade de novos municípios e novas pessoas com diabetes tipo 2 usufruírem deste programa comunitário.

Devemos auscultar quem usufrui deste tipo de programa de intervenção comunitária e interpretar que lacunas devem ser colmatadas para que o programa esteja continuamente adaptado às necessidades da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, através da recolha dos motivos de recomendação e das sugestões de melhoria. Neste estudo, percebemos que as sugestões de melhoria passavam pela melhoria das condições das instalações e da existência de outras possibilidades de horário e frequência semanal do programa, o que nos faz considerar que devemos ter maior sensibilidade pelo conforto, segurança e pela rotina diária da população-alvo.

Limitações

Neste estudo, a satisfação dos participantes foi avaliada por questionário, que pode ser uma forma redutora de avaliação. Devem ser utilizados vários métodos para avaliar as experiências dos participantes e a sua satisfação com os cuidados de saúde, incluindo métodos qualitativos e quantitativos, bem como entrevistas, grupos focais, fóruns, reclamações por escrito, observações e *feedback* informal através da advocacia dos doentes (111). Os métodos quantitativos podem até ser eficientes, mas não conseguem captar a avaliação multidimensional da qualidade de um serviço ou intervenção em saúde (91). Por exemplo, as pessoas que recomendariam um hospital apresentaram diferentes problemas nas dimensões de um questionário sobre a sua experiência (64) – o que pode parecer contraditório. Assim, é imperativo complementar a investigação com estudos mistos (métodos quantitativos e qualitativos) para captar com precisão a forma como as pessoas definem e percebem toda a experiência em saúde (112, 113).

As escalas de *Likert* são uma das formas mais confiáveis de medir opiniões, percepções e comportamentos, porém podem tornar-se também demasiado redutoras. Não existe um consenso na literatura sobre o número de pontos de escala de *Likert* que é melhor ou pior usar, sendo importante refletir sobre quais os prós e contras de ter escalas com mais ou menos pontos no desenho do estudo.

Por fim, e como perspetivas futuras, salientamos a diversidade da definição concetual da satisfação, que resulta em medições diversas e insuficientes que podem não conseguir captar toda a experiência da pessoa. Por conseguinte, sugere-se a

construção de novos instrumentos válidos e específicos para uma população ou um contexto específico. No futuro, um desenho de um estudo longitudinal ou experimental poderá ser necessário para detetar verdadeiras relações causais na satisfação.

Conclusão

Este estudo foi realizado para determinar a satisfação global e a satisfação com dimensões específicas dos participantes do programa Diabetes em Movimento na época 2023/2024. Ao verificar a existência de diferenças nos níveis de satisfação globais e em dimensões específicas em função das suas características sociodemográficas, nomeadamente entre o sexo feminino e sexo masculino, torna-se necessário construir programas de exercício físico de acordo com estas características.

Por identificar os principais aspetos positivos e sugestões de melhoria identificados, este estudo revela pertinência no sentido da melhoria contínua do programa ao longo das próximas épocas. Percebemos a importância de dar voz a quem usufrui deste tipo de programa de intervenção comunitária e as lacunas que devem ser colmatadas para que o programa esteja continuamente adaptado às necessidades da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, através da recolha dos motivos de recomendação e das sugestões de melhoria. Mesmo que um programa de intervenção prove a sua eficácia do ponto de vista da metodologia e implementação, a avaliação do nível de satisfação dos participantes deve também contribuir para a sustentabilidade do programa.

Referências

- 1.Khan MA, Hashim MJ, King J, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of Epidemiology and Global Health* [Internet]. 2020 Mar 10;10(1):107–11. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7310804/>
- 2.Onyango EM, Onyango BM. The Rise of Noncommunicable Diseases in Kenya: An Examination of the Time Trends and Contribution of the Changes in Diet and Physical Inactivity. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2018;8(1-2):1.
- 3.Ramtahal R, Khan C, Maharaj-Khan K, Nallamothe S, Hinds A, Dhanoo A, et al. Prevalence of self-reported sleep duration and sleep habits in type 2 diabetes patients in South Trinidad. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2015;5(S1):S35.
- 4.Alotaibi A, Perry L, Gholizadeh L, Al-Ganmi A. Incidence and prevalence rates of diabetes mellitus in Saudi Arabia: An overview. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2017 Dec;7(4):211–8.
- 5.Lone S, Lone K, Khan S, Pampori RA. Assessment of metabolic syndrome in Kashmiri population with type 2 diabetes employing the standard criteria's given by WHO, NCEPATP III and IDF. *Journal of Epidemiology and Global Health* [Internet]. 2017 Dec 1;7(4):235–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29110863>
- 6.Mahanta TG, Joshi R, Mahanta BN, Xavier D. Prevalence of modifiable cardiovascular risk factors among tea garden and general population in Dibrugarh, Assam, India. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2013;3(3):147.
- 7.Oluyombo R, Olamoyegun MA, Olaifa O, Iwuala SO, Babatunde OA. Cardiovascular risk factors in semi-urban communities in southwest Nigeria: Patterns and prevalence. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2014;5(2):167.
- 8.Al-Maskari F, El-Sadig M, Nagelkerke N. Assessment of the direct medical costs of diabetes mellitus and its complications in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*. 2010 Nov 8;10(1).
- 9.Chen L, Pei JH, Kuang J, Chen HM, Chen Z, Li ZW, et al. Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis. *Metabolism* [Internet]. 2015 Feb;64(2):338–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0026049514003126>
- 10.Lin X, Zhang X, Guo J, Roberts CK, McKenzie S, Wu W, et al. Effects of Exercise Training on Cardiorespiratory Fitness and Biomarkers of Cardiometabolic Health: A

Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Heart Association* [Internet]. 2015 Jul 17;4(7). Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/JAHA.115.002014>

11.Schellenberg ES, Dryden DM, Vandermeer B, Ha C, Korownyk C. Lifestyle interventions for patients with and at risk for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2013;159(8):543–51.

12.Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exercise and Type 2 Diabetes: The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care* [Internet]. 2010;33(12):147–67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992225/>

13.Church TS, Blair SN, Cocroham S, Johannsen N, Johnson W, Kramer K, et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010 Nov 24;304(20):2253–62.

14.Samudera WS, Efendi F, Indarwati R. Effect of community and peer support based healthy lifestyle program (CP-HELP) on self care behavior and fasting blood glucose in patient with type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2021 Jan 23;20(1):193–9.

15.Balk EM, Earley A, Raman G, Avendano EA, Pittas AG, Remington PL. Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among Persons at Increased Risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2015 Sep 15;163(6):437.

16.Eshete A, Mohammed S, Shine S, Yosef Eshetie, Assefa Y, Tadesse N. Effect of physical activity promotion program on adherence to physical exercise among patients with type II diabetes in North Shoa Zone Amhara region: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 2023 Apr 19;23(1).

17.Mendes R, Sousa N, Reis VM, Themudo-Barata JL. Implementing Low-Cost, Community-Based Exercise Programs for Middle-Aged and Older Patients with Type 2 Diabetes: What Are the Benefits for Glycemic Control and Cardiovascular Risk? *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2020 Jul 28];14(9):1057. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/9/1057>

18.Mendes R, Sousa N, Almeida A, Subtil P, Guedes-Marques F, Reis VM, et al. Exercise prescription for patients with type 2 diabetes—a synthesis of international

recommendations: narrative review: Table 1. British Journal of Sports Medicine [Internet]. 2016 Dec 30;50(22):1379–81. Available from: <https://bjsm.bmj.com/content/50/22/1379>

19. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes statistics report [Internet]. CDC. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/php/data-research/index.html>

20. Centers for Disease Control and Prevention. Type 2 diabetes [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/type2.html>

21. Nijland N, van Gemert-Pijnen JE, Kelders SM, Brandenburg BJ, Seydel ER. Factors Influencing the Use of a Web-Based Application for Supporting the Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes: A Longitudinal Study. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2011 Sep 30 [cited 2019 Apr 7];13(3):e71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222177/>

22. Beck J, Greenwood DA, Blanton L, Bollinger ST, Butcher MK, Condon JE, et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. The Diabetes Educator. 2017 Jul 28;43(5):449–64.

23. WHO. WHO | Health Education [Internet]. WHO. 2016. Available from: http://www.who.int/topics/health_education/en/

24. Galaviz KI, Narayan KMV, Lobelo F, Weber MB. Lifestyle and the Prevention of Type 2 Diabetes: A Status Report. American Journal of Lifestyle Medicine [Internet]. 2019 Nov 24;12(1):4–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6125024/>

25. Bains SS, Egede LE. Associations Between Health Literacy, Diabetes Knowledge, Self-Care Behaviors, and Glycemic Control in a Low Income Population with Type 2 Diabetes. Diabetes Technology & Therapeutics. 2011 Mar;13(3):335–41.

26. Liu J, Ren ZH, Qiang H, Wu J, Shen M, Zhang L, et al. Trends in the incidence of diabetes mellitus: results from the Global Burden of Disease Study 2017 and implications for diabetes mellitus prevention. BMC Public Health [Internet]. 2020 Sep 17;20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32943028/>

27. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. European Heart Journal. 2019 Aug 31;41(2).

- 28.Zimmet P, Alberti KG, Magliano DJ, Bennett PH. Diabetes mellitus statistics on prevalence and mortality: facts and fallacies. *Nature Reviews Endocrinology*. 2016 Jul 8;12(10):616–22.
- 29.Cheng L, Sit JWH, Leung DYP, Li X. The Association Between Self-Management Barriers and Self-Efficacy in Chinese Patients with Type 2 Diabetes: The Mediating Role of Appraisal. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016 Apr 13;13(5):356–62.
- 30.Shrivastava S, Shrivastava P, Ramasamy J. Role of self-care in Management of Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2013 Mar 5;12(1):14.
- 31.Laranjo L, Neves AL, Costa A, Ribeiro RT, Couto L, Sá AB. Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes—a qualitative study from Portugal. *European Journal of General Practice*. 2015 Feb 20;21(2):103–10.
- 32.Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Cradock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ [Internet]*. 2008 Feb 14;336(7642):491–5. Available from: <https://www.bmj.com/content/336/7642/491.short>
- 33.Glanz K, Rimer B, Viswarath, K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 4th ed.; Jossey-Bass: San Francisco, CA, USA, 2008.
- 34.Brand T, Pischke C, Steenbock B, Schoenbach J, Poettgen S, Samkange-Zeeb F, et al. What Works in Community-Based Interventions Promoting Physical Activity and Healthy Eating? A Review of Reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014 May 30;11(6):5866–88.
- 35.World Health Organization. The 1st international conference on health promotion, Ottawa, 1986 [Internet]. World Health Organisation. 1986. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- 36.Milton K, Cavill N, Chalkley A, Foster C, Gomersall S, Hagstromer M, et al. Eight Investments That Work for Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health*. 2021;18(6):1–6.
- 37.McLeroy KR, Norton BL, Kegler MC, Burdine JN, Sumaya CV. Community-Based Interventions. *American Journal of Public Health*. 2003 Apr;93(4):529–33.
- 38.Pronk NP, Remington PL. Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs for Prevention of Diabetes: Community Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. 2015 Sep 15;163(6):465.

39. Grumbach K, Bodenheimer T. A Primary Care Home for Americans. *JAMA*. 2002 Aug 21;288(7):889.
40. Rankin P, Morton DP, Diehl H, Gobble J, Morey P, Chang E. Effectiveness of a Volunteer-Delivered Lifestyle Modification Program for Reducing Cardiovascular Disease Risk Factors. *The American Journal of Cardiology*. 2012 Jan;109(1):82–6.
41. World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for a Healthier World [Internet]. www.who.int. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>
42. Franco S, Godinho C, Silva CS, Avelar-Rosa B, Santos R, Mendes R, et al. Assessment of Good Practices in Community-Based Interventions for Physical Activity Promotion: Development of a User-Friendly Tool. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Apr 29;18(9):4734.
43. Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, Andersen LB, Owen N, Goenka S, et al. Evidence-based Intervention in Physical activity: Lessons from around the World. *The Lancet* [Internet]. 2012 Jul;380(9838):272–81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4978123/>
44. Koorts H, Eakin E, Estabrooks P, Timperio A, Salmon J, Bauman A. Implementation and scale up of population physical activity interventions for clinical and community settings: the PRACTIS guide. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2018 Jun 8;15(1).
45. Morton D, Rankin P, Kent L, Dysinger W. The Complete Health Improvement Program (CHIP). *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2014 Apr 22;10(1):64–73.
46. Lee I-Min, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of Physical Inactivity on Major non-communicable Diseases worldwide: an Analysis of Burden of Disease and Life Expectancy. *The Lancet* [Internet]. 2012 Jul 18;380(9838):219–29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645500/>
47. Rebar AL, Taylor A. Physical activity and mental health; it is more than just a prescription. *Mental Health and Physical Activity*. 2017 Oct;13(13):77–82.
48. Gilchrist P, Wheaton B. The social benefits of informal and lifestyle sports: a research agenda. *International Journal of Sport Policy and Politics*. 2017 Jan 2;9(1):1–10.
49. Quirk H, Hock E, Harrop D, Crank H, Peckham E, Traviss-Turner G, et al. Understanding the experience of initiating community-based group physical activity by

people with serious mental illness: A systematic review using a meta-ethnographic approach. *European Psychiatry*. 2020;63(1).

50.Merzel C, D’Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American journal of public health [Internet]*. 2003;93(4):557–74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447790/>

51.Cooper J, Murphy J, Woods C, Van Nassau F, McGrath A, Callaghan D, et al. Barriers and facilitators to implementing community-based physical activity interventions: a qualitative systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2021 Sep 7;18(1).

52.Baldoni NR, Aquino JA, Sanches-Giraud C, Di Lorenzo Oliveira C, de Figueiredo RC, Cardoso CS, et al. Collective empowerment strategies for patients with Diabetes Mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes*. 2017 Apr;11(2):201–11.

53.Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*. 2001 Sep 1;16(3):221–30.

54.Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy and Planning [Internet]*. 2014 Sep 1 [cited 2019 May 17];29(suppl 2):ii98–106. Available from: https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl_2/ii98/588582

55.Grant RL, Hood R. Complex systems, explanation and policy: implications of the crisis of replication for public health research. *Critical Public Health*. 2017 Jan 23;27(5):525–32.

56.Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ [Internet]*. 2015 Mar 19;350(350):h1258–8. Available from: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>

57.Oakley A, Strange V, Bonell C, Allen E, Stephenson J. Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ [Internet]*. 2006 Feb 16;332(7538):413–6. Available from: <https://www.bmj.com/content/332/7538/413.long>

58.Peters D, Tran N, Adam T. A PRACTICAL GUIDE IMPLEMENTATION RESEARCH IN HEALTH ©WHO [Internet]. 2013. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf?sequence=1

59.Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and Evaluating Complex interventions: the New Medical Research Council Guidance. *BMJ*

[Internet]. 2008 Sep 29;337(1):a1655. Available from: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a1655>

60.Durlak JA, DuPre EP. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*. 2008 Mar 6;41(3-4):327–50.

61.Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*. 2009 Feb 6;22(1):8–19.

62.Rosenthal GE, Shannon SE. The Use of Patient Perceptions in the Evaluation of Health-Care Delivery Systems. *Medical Care*. 1997 Nov;35(Supplement):NS58–68.

63.Vranceanu AM, Ring D. Factors Associated With Patient Satisfaction. *The Journal of Hand Surgery*. 2011 Sep;36(9):1504–8.

64.Jenkinson C. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*. 2002 Dec 1;11(4):335–9.

65.Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing* [Internet]. 1988;25(1):25–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2966123/>

66.Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, et al. Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2004 Dec;66(3):277–86.

67.Hsieh MO, Kagle JD. Understanding Patient Satisfaction and Dissatisfaction with Health Care. *Health & Social Work*. 1991 Nov;16(4):281–90.

68.Coyle J. Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. *Journal of Advanced Nursing*. 1999 Sep;30(3):723–31.

69.Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 1983 Jan;6(3-4):185–210.

70.Bull C. Patient Satisfaction and Patient Experience are not Interchangeable Concepts. *International Journal for Quality in Health Care*. 2021 Feb 3;33(1).

71.Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Services Research*. 2019 Jun 19;54(5):1023–35.

72. Blasini M, Peiris N, Wright T, Colloca L. The Role of Patient–Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. *International Review of Neurobiology*. 2018;139(139):211–31.
73. Garratt AM. The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*. 2005 Dec 1;14(6):433–7.
74. Aharony L, Strasser S. Patient Satisfaction: What we Know about and What we Still Need to Explore. *Medical Care Review*. 1993 Mar;50(1):49–79.
75. Majeed Alhashem A, Alquraini H, Chowdhury RI. Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2011 Mar 22;24(3):249–62.
76. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Family Practice*. 2010 Oct 6;11(1).
77. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2017 Jul 20;137(2):89–101.
78. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment (Winchester, England)* [Internet]. 2002;6(32):1–244. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12925269>
79. Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers JJ. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2012 Aug 22;12(1).
80. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*. 2015 Jul 17;135(5):243–50.
81. Hornsten A, Lundman B, Selstam EK, Sandstrom H. Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 Sep;51(6):609–17.
82. Jung YH, Park JB, Kang A, Cho KC. The elderly’s satisfaction with physical activity programs in senior welfare centers. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2023;11(11):1170612. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37064711/>

83. Mendes R, Sousa N, Themudo-Barata J, Reis V. Impact of a community-based exercise programme on physical fitness in middle-aged and older patients with type 2 diabetes. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2016 May [cited 2019 Nov 7];30(3):215–20. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116000091>
84. Rizal Indra Priambada, Hidayat R, Wahyu Purwanto. Evaluation of Community Empowerment Program Based on Community Satisfaction Index. *E3S Web of Conferences*. 2021 Jan 1;232:01009–9.
85. Boechler V, Neufeld A, McKim R. Evaluation of Client Satisfaction in a Community Health Centre: Selection of a Tool. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2002 Mar 1;17(1):97–117.
86. Bardin L. – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
87. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization; 2020.
88. Babwah F, Baksh S, Blake L, Cupid-Thuesday J, Hosein I, Sookhai A, et al. The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2006 Feb 1;19(2):79–84. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2006.v19n2/79-84/>
89. Butler D, Oswald SL, Turner DE. The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality. *Journal of Management in Medicine*. 1996 Oct;10(5):8–20.
90. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* [Internet]. 1997 Dec;45(12):1829–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953697001287>
91. Vaida Servetkienė, Puronaitė R, Birutė Mockevičienė, Karolis Azukaitis, Danguolė Jankauskienė. Determinants of Patient-Perceived Primary Healthcare Quality in Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Mar 7;20(6):4720–0.
92. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010 Feb 3;22(2):86–92.
93. Abrahamsen Grøndahl V, Hall-Lord ML, Karlsson I, Appelgren J, Wilde-Larsson B. Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2013 Jan 4;26(1):37–54.

- 94.Koehler K, Drenowatz C. Integrated Role of Nutrition and Physical Activity for Lifelong Health. *Nutrients*. 2019 Jun 26;11(7):1437.
- 95.Lee M, Yoon K. Effects of the Health Promotion Programs on Happiness. *Sustainability*. 2020 Jan 10;12(2):528.
- 96.Malikhao P. Health Communication: Approaches, Strategies, and Ways to Sustainability on Health or Health for All. *Handbook of Communication for Development and Social Change*. 2020;1(1):1015–37.
- 97.Rains SA, Crane TE, Iyengar S, Merchant N, Oxnam M, Sprinkle MM, et al. Community-Level Health Promotion during a Pandemic: Key Considerations for Health Communication. *Health Communication*. 2020 Oct 21;35(14):1747–9.
- 98.Tong Y, Wang H, Zhu K, Zhao H, Qi Y, Guan J, et al. Satisfaction With Community Health Education Among Residents in China: Results From a Structural Equation Model. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2022 Jul 11;10:905952. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9309729/>
- 99.Owens R, Earle S, McNulty C, Tilley E. What works in community health education for adults with learning disabilities: A scoping review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2020 Apr 28;33(6):1268–83.
- 100.Patey A, Fontaine G, Mccleary J, Grimshaw J. Citation: Link to Published version: <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/28483/1/Healthcare%20professional%20behaviour%20health%20impact%20prevalence%20of%20evidence%20based%20behaviours%20correlates%20and%20interventions.pdf>
- 101.Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Shah SIA. Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2019;16(18). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765938/>
- 102.Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean?. *Journal of Health Services Research & Policy* [Internet]. 2002 Jul;7(3):186–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12171751/>
- 103.Tucker JL. The moderators of patient satisfaction. *Journal of Management in Medicine*. 2002 Feb;16(1):48–66.

104. Dias S, Hoffmeister L, Figueiredo C, Coelho A, Marques M, Canas AM, et al. Prescrição social: manual de apoio à implementação de iniciativas. Universidade NOVA de Lisboa [Internet]. 2024; Available from: <https://doi.org/10.34619/4ppj-ewpf>
105. Crombie KM, Leitzelar BN, Almassi NE, Mahoney JE, Koltyn KF. The Feasibility and Effectiveness of a Community-Based Intervention to Reduce Sedentary Behavior in Older Adults. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society* [Internet]. 2022 Jan 1;41(1):92–102. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8313650/>
106. Berendsen AJ, Groenier KH, de Jong GM, Meyboom-de Jong B, van der Veen WJ, Dekker J, et al. Assessment of patient's experiences across the interface between primary and secondary care: Consumer Quality Index Continuum of Care. *Patient Education and Counseling*. 2009 Oct;77(1):123–7.
107. François J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien* [Internet]. 2011 May 1;57(5):574–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21642739/>
108. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831.
109. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005 Sep;83(3):457–502.
110. Agarwal R, Sands DZ, Schneider JD. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives* [Internet]. 2010 Jul 1;55(4):265–81; discussion 281-282. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20812527/>
111. LaVela SL, Gallan A. Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal* [Internet]. 2014 Apr 1;1(1). Available from: https://www.researchgate.net/publication/320616299_Evaluation_and_measurement_of_patient_experience
112. Barnett H. The Patient Perspective of Quality Care: A Literature Review. *The George Washington University Undergraduate Review*. 2019;2(Spring 2019).
113. Onyeka Uche Ofili. PATIENT SATISFACTION IN HEALTHCARE DELIVERY – A REVIEW OF CURRENT APPROACHES AND METHODS. *European Scientific Journal, ESJ* [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 17];10(25). Available from: <https://test.eujournal.org/index.php/esj/article/view/4261>

Apêndices

Apêndice I – Formulário do estudo

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO DIABETES EM MOVIMENTO – UM PROGRAMA COMUNITÁRIO DE INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA PARA PESSOAS COM DIABETES TIPO 2

Data de preenchimento: / / 2024

Parte I: Caracterização dos Participantes

A) Para começar gostaríamos que fornecesse algumas informações

sobre si: A1). Em que categoria etária se encontra:

- 50-54 anos
- 55-59 anos
- 60-64 anos
- 65-69 anos
- 70-74 anos
- 75-79 anos
- 80-80 + anos

A2). Qual o sexo?

- Masculino
- Feminino

A3). Qual o polo de **Diabetes em Movimento (DM)** que frequenta?

- Albufeira
- Amarante
- Armamar
- Arouca
- Barcelos
- Braga
- Castelo de Paiva
- Covilhã
- Esposende
- Faro
- Felgueiras
- Figueira de Castelo Rodrigo
- Fornos de Algodres
- Gouveia
- Horta
- Lagos
- Lamego
- Lousada
- Marinha Grande

- Mêda
- Moimenta da Beira
- Odivelas
- Paços de Ferreira
- Paredes
- Penafiel
- Portimão
- Rio Maior
- Santo Tirso
- São João da Pesqueira
- Sines
- Sintra
- Tabuaço
- Tarouca
- Tavira
- Tondela
- Trofa
- Valpaços
- Viana do Castelo
- Vila Franca de Xira
- Vila Nova de Gaia
- Vila Pouca de Aguiar
- Vila Real

A4). Qual o nível de instrução mais elevado que completou?

- Não sabe ler nem escrever
- Menos que a 4.ª classe
- 4.ª Classe
- 6.º Ano (Telescola ou 2.º ano do ciclo Preparatório)
- 9.º Ano (antigo 5.º ano)
- 11.º Ano (antigo 7.º ano)
- 12.º Ano (antigo propedêutico)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Outro. Qual? _____
- NS / NR

Parte II: Participação

1. Como teve conhecimento do Diabetes em Movimento?

Por profissionais de saúde <input type="checkbox"/>	Por amigos e conhecidos <input type="checkbox"/>	Pelo município <input type="checkbox"/>	Pelas redes sociais <input type="checkbox"/>	Outras opções <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	---

Opção Aberta

2. Há **quantas épocas** participa do programa Diabetes em Movimento?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

- Nota: 8 épocas (máximo) = 2014/2015; 2015/2016; 2016/2017; 2017/2018; 2018/2019; 2019/2020; 2022/2023; 2023/2024

3. Quantas **vezes por semana** costuma ir às atividades do Diabetes em Movimento **nesta época** (desde o início do programa esta época, que começou em outubro de 2023)?

Nunca <input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 vezes <input type="checkbox"/>	3 vezes <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

- Nota: 2;2,3 vezes por semana em média

4. No último mês, foi sempre este número de **X vezes por semana?** (resposta acima)

- Sim.
- Não. Porquê?

(Quais serão os motivos da falta?)

Resposta aberta

5. Do que mais gosta no Diabetes em Movimento? (**Porque é que vai ao programa, o que o/a faz continuar a ir...?**)

6. E do que menos gosta no Diabetes em Movimento?

Parte III: Questões de Avaliação Global da Satisfação, de Satisfação em relação à Implementação e sobre o Impacto do Diabetes em Movimento (DM)

Numa escala de 1 a 5, em que 1 significa “muito insatisfeito” e em que 5 significa “completamente satisfeito”, diga-nos em que medida...

7 está satisfeito/a **em relação ao** Diabetes em Movimento?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

8 está satisfeito/a **com a realização das atividades propostas** no Diabetes em Movimento?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

9 está satisfeito/a com as “**Sessões de Educação para a Saúde**” que falam sobre **Alimentação**?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

10. E com as “**Sessões de Educação para a Saúde**” que falam sobre **Pé Diabético**?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

11. E com as “Sessões de Educação para a Saúde” que falam sobre Hipertensão?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

12 está satisfeito/a com as “Sessões de Exercício Físico”?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

13 está satisfeito/a com os “Dias Comemorativos”?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

14 está satisfeito/a com as instalações onde realiza as atividades do DM?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

15 está satisfeito/a com a acessibilidade ao espaço onde realiza as atividades do DM?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

16. E com os professores do exercício?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

17. E com os enfermeiros?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

18 está satisfeito/a com o impacto do Diabetes em Movimento na sua qualidade de vida?

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

19 **está satisfeito/a** com o **impacto** do Diabetes em Movimento na sua **mobilidade/capacidade de se mexer/de fazer as suas atividades diárias?**

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

20 **está satisfeito/a** com o **impacto** do Diabetes em Movimento na sua **diabetes?**

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

21 **está satisfeito/a** com o **impacto** do Diabetes em Movimento na sua **saúde mental?**

Muito insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Completamente satisfeito/a <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	--

22. Se pudesse, alterava alguma coisa no Diabetes em Movimento? Alguma sugestão de melhoria?

Nada a acrescentar.

23. Recomendaria o Diabetes em Movimento a outras pessoas com diabetes tipo 2?

Sim. Porquê?

Não. Porquê?

Apêndice II – Formulário de consentimento informado, livre e esclarecido

Formulário de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

“AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E ENVOLVIMENTO DOS PARTICIPANTES DO DIABETES EM MOVIMENTO – UM PROGRAMA COMUNITÁRIO DE INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA PARA PESSOAS COM DIABETES TIPO 2”

Este estudo tem por objetivo avaliar a satisfação e o envolvimento dos participantes no programa Diabetes em Movimento. O mesmo está enquadrado no Curso de Mestrado de Promoção da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa, e é realizado pela mestrandia Mariana Miguel Santos Fonseca, sob orientação científica da Professora Doutora Cristina Godinho e sob coorientação do Professor Doutor Romeu Duarte Mendes.

Sei que fui selecionado(a) por ser/ter sido participante no programa Diabetes em Movimento. Sei que não são esperadas quaisquer implicações negativas da minha participação neste estudo. Compreendo igualmente que tenho o direito de colocar dúvidas durante o desenvolvimento deste estudo. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação.

Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, tendo apenas acesso aos meus dados pessoais diretos a investigadora principal (IP) e responsável por este projeto, a mestrandia Dr.ª Mariana Fonseca – 96 36 88 502 – mms.fonseca@ensp.unl.pt.

Os dados serão armazenados numa plataforma digital One Drive associada à conta pessoal da ENSP, sendo apenas a Dra. Mariana Fonseca a única pessoa com acesso.

Sei que o investigador responsável pela obtenção do consentimento, uma vez que não será a IP a fazê-lo, será feito pela equipa responsável pelo programa Diabetes em Movimento, supervisionado pelo Dr. Romeu Mendes.

Estou igualmente consciente que as minhas respostas servirão apenas para fins estatísticos, no âmbito da apresentação de um relatório final para Dissertação de Tese de Mestrado de Promoção da Saúde, e que nunca serão analisadas de forma individual. Assim, declaro que li e compreendi a informação facultada e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores. Sei que a minha participação no estudo é completamente voluntária e aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Data _____

Assinatura do investigador _____

Apêndice III – Declaração de autorização do estudo



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que é autorizada a realização do estudo "AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E ENVOLVIMENTO DOS PARTICIPANTES DO DIABETES EM MOVIMENTO – UM PROGRAMA COMUNITÁRIO DE INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA PARA PESSOAS COM DIABETES TIPO 2, no âmbito dos trabalhos de Mestrado em Promoção da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, da candidata Mariana Miguel Santos Fonseca, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Cristina Godinho, envolvendo os participantes do Diabetes em Movimento nos diferentes pólos de implementação.

Lisboa, 07 de março de 2024

O Coordenador

Romeu Mendes



Diabetes em Movimento®
www.diabetesemmovimento.wordpress.com
diabetesemmovimento@dgs.min-saude.pt

Apêndice IV

Apresentação das diferentes dimensões da satisfação após análise fatorial.

Dimensão da Satisfação		Matriz de componentes
Fator	α de Cronbach	
Funcionamento	0.709	
Questão 7		0.738
Questão 8		0.707
Questão 9		0.697
Questão 12		0.597
Questão 13		0.583
Impacto	0.834	
Questão 18		0.851
Questão 19		0.848
Questão 20		0.783
Questão 21		0.737
Instalações	0.848	
Questão 14		0.925
Questão 15		0.924
Profissionais	0.871	
Questão 16		0.808
Questão 17		0.747
Pé Diabético		
Questão 10		-.727
Hipertensão		
Questão 11		0.951

Apêndice V

Avaliação da satisfação global e respetivas dimensões da satisfação após análise fatorial.

	Satisfação global			Funcionamento			Impacto			Instalações			Profissionais			Pé Diabético			Hipertensão			
	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	
Sexo																						
Feminino (n=98)	4.67 (0.53)	0.192	0.007	6.02 (0.32)	29.88	0.000	4.23 (0.45)	2.129	0.104	4.43 (0.78)	0.032	0.579	4.97 (0.17)	3.372	0.347	4.63 (0.58)	1.266	0.649	5.60 (7.12)	4.316	0.80	
Masculino (n=107)	4.50 (0.37)			5.77 (0.45)			4.13 (0.39)			4.37 (0.79)			4.94 (0.21)			4.81 (3.89)			4.38 (0.70)			
Faixa etária	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	Média (DP)	F	p	
50-54 (n= 3)	4.60 (0.20)	1.773	0.106	5.92 (0.38)	0.305	0.934	4.17 (0.38)	0.255	0.957	4.67 (0.29)	0.658	0.684	*	1.329	0.246	4.67 (0.58)	0.369	0.898	4.67 (0.58)	4.142	0.001	
55-59 (n= 13)	4.48 (0.25)			5.85 (0.40)			4.25 (0.31)			4.04 (0.90)			4.92 (0.28)			4.62 (0.65)			4.31 (0.85)			
60-64 (n= 17)	4.92 (1.17)			5.85 (0.50)			4.21 (0.46)			4.35 (0.58)			4.85 (0.34)			4.65 (0.60)			10.47 (16.58)			
65-69 (n= 58)	4.54 (0.28)			5.88 (0.46)			4.19 (0.43)			4.44 (0.75)			4.99 (0.07)			4.46 (0.71)			4.49 (0.68)			
70-74 (n=58)	4.56 (0.39)			5.88 (0.37)			4.16 (0.40)			4.38 (0.92)			4.96 (0.19)			5.19 (5.22)			4.41 (0.62)			
75-79 (n= 47)	4.54 (0.33)			5.91 (0.43)			4.13 (0.47)			4.49 (0.69)			4.95 (0.21)			4.57 (0.62)			4.53 (0.65)			
80-80+ (n=9)	4.61 (0.28)			6.06 (0.33)			4.28 (0.42)			4.39 (0.78)			*			4.56 (0.53)			4.44 (0.73)			
Nível de escolaridade	Média (DP)			F			p			Média (DP)			F			p			Média (DP)			F
<4ª classe (n= 8)	4.53 (0.19)	1.914	0.069	6.03 (0.28)	1.209	0.299	3.94 (0.44)	1.045	0.401	4.56 (0.63)	0.335	0.937	*	0.982	0.445	4.38 (0.74)	0.079	0.999	4.50 (0.76)	1.918	0.069	
4ª classe (n= 94)	4.51 (0.40)			5.83 (0.44)			4.15 (0.44)			4.36 (0.83)			4.92 (0.25)			4.85 (4.16)			4.38 (0.69)			
6º ano (n= 22)	4.53 (0.21)			5.88 (0.38)			4.15 (0.45)			4.41 (0.85)			*			4.50 (0.60)			4.50 (0.60)			
9º ano (n= 33)	4.67 (0.62)			5.88 (0.43)			4.26 (0.39)			4.41 (0.72)			4.98 (0.09)			4.67 (0.54)			6.09 (8.80)			
11º ano (n= 10)	5.03 (1.05)			6.15 (0.13)			4.38 (0.41)			4.40 (0.77)			4.90 (0.32)			4.90 (0.32)			9.80 (15.53)			
12º ano (n= 26)	4.59 (0.25)			5.98 (0.43)			4.19 (0.40)			4.50 (0.68)			*			4.65 (0.63)			4.58 (0.70)			
Licenciatura (n= 11)	4.55 (0.34)			5.90 (0.50)			4.20 (0.37)			4.45 (0.85)			4.95 (0.15)			4.55 (0.69)			4.36 (0.81)			

(*) = casos omissos