

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO
DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO
DA QUALIDADE PERCEBIDA E DAS
ATITUDES E INTENÇÕES
COMPORTAMENTAIS DE CLIENTES
DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA**

FLÁVIO HENRIQUE FURTADO VIEIRA

Mestre em Administração
Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS

GUSTAVO QUIROGA SOUKI

Doutor em Administração
Centro Universitário UNA

MÁRIO TEIXEIRA REIS NETO

Doutor em Administração
Centro Universitário UNA

CID GONÇALVES FILHO

Doutor em Administração
Universidade Fumec

RESUMO

Existem diversas escalas para avaliação da qualidade percebida por clientes de serviços na área de saúde, disponíveis na literatura técnico-científica. Entretanto, são raras as escalas desenvolvidas especificamente para avaliar serviços de fisioterapia. Além disso, a percepção dos clientes e ex-clientes de serviços de fisioterapia em relação às atitudes e intenções comportamentais tem sido pouco contemplada em tais instrumentos. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi desenvolver e validar uma escala de avaliação da qualidade percebida, atitudes e intenções comportamentais em serviços de fisioterapia. Foi realizado um levantamento do tipo *survey* envolvendo 412 clientes que estavam em tratamento, que abandonaram o tratamento ou que haviam concluído o tratamento. A análise fatorial identificou nove fatores relacionados à qualidade percebida: relacionamento, funcionários, infraestrutura e equipamentos, autointeresse, comunicação do fisioterapeuta com os clientes, horários de atendimento, marca e tradição, qualificação profissional do fisioterapeuta e comodidade. Foram realizados testes para verificar a consistência interna e utilizadas técnicas de análise fatorial confirmatória para validação da escala. A escala desenvolvida neste estudo apresentou níveis adequados de confiabilidade e validade convergente e discriminante.

Palavras-chave: qualidade da assistência à saúde, satisfação do paciente, fisioterapia, atitudes e pesquisa comportamental.

ABSTRACT

There are different scales for assessing the quality perceived by customers in health services available in technical and scientific literature. However, few of them have been developed specifically to evaluate physiotherapy services. Moreover, the perception of customers and former customers of physiotherapy services about their attitudes and behavioral intentions have been little considered in such instruments. In this sense, the objective of this study was to develop and validate a scale of perceived quality and attitudes and behavioral intentions in physiotherapy services. A survey research was conducted involving 412 clients who were in treatment, have left the treatment or who had completed the treatment. The factor analysis has identified nine factors related to perceived quality: relationship, staff, infrastructure and equipment, self-interest, communication between physiotherapist and customers, schedule, mark and tradition, professional qualification of the physiotherapist and comfort. Tests were run in order to verify the internal consistency and confirmatory factorial analysis techniques were used for validation of the scale. The developed scale in this study presented adequate levels of reliability and convergent and discriminating validity.

Keywords: *quality of health care, patient satisfaction, physical therapy, attitudes and behavioral research.*

1 INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade de serviços de saúde vem sendo estudada há tempos (BOPP, 1990). Entretanto, a maior parte dos trabalhos apresentados até o momento tem sua origem em países desenvolvidos, onde a saúde pública apresenta características muito diferentes dos países em desenvolvimento (FRANCO; CAMPOS, 1998).

Os trabalhos que avaliam a qualidade dos serviços de saúde e a satisfação dos pacientes, em sua maioria, enfocam os serviços hospitalares e ambulatoriais nas mais diversas especialidades da área da saúde. Todavia, são poucos os estudos específicos para os serviços de fisioterapia (BEATTIE; PINTO; NELSON, 2002). Goldstein, Elliot e Guccione (2000) relatam que os instrumentos desenvolvidos para a área da saúde, seguindo critérios metodológicos rigorosos, não são específicos para atender às especificidades existentes na área da fisioterapia. Beattie et al. (2002) acreditam que pacientes ambulatoriais de serviços de fisioterapia apresentam características particulares, como a frequência de atendimento e a permanência prolongada do paciente na clínica, o que requer escalas específicas para a avaliação da satisfação com os serviços.

A maioria dos sistemas de avaliação da satisfação em serviços de reabilitação é focalizada na percepção da qualidade de serviços (KEITH, 1998). Segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), instrumentos de avaliação da satisfação, de forma geral, têm avaliado a qualidade percebida e não a satisfação propriamente dita. Isso pode ser bem observado nos itens das escalas de avaliação de satisfação em serviços de fisioterapia encontrados na literatura estrangeira (ROUSH; SONSTROEM, 1999; GOLDSTEIN, ELLIOT; GUCCIONE, 2000; OERMANN, SWANK; SOCKRIDER, 2000; BEATTIE, PINTO; NELSON, 2002; MONNIN; PERNEGER, 2002), assim como na escala de satisfação desenvolvida por Mendonça e Guerra (2007), para o contexto brasileiro. Dessa forma, o desenvolvimento de escalas e modelos próprios para a avaliação da qualidade de serviços em fisioterapia, em que a satisfação seja compreendida como um dos construtos que sofrem impacto direto da qualidade de serviços necessários.

Outros aspectos importantes na avaliação dos serviços são as atitudes e intenções comportamentais. Alguns instrumentos acrescentam, além da qualidade e da satisfação, questões relativas à propensão a lealdade, que possibilita avaliar se o consumidor voltaria a utilizar aquele serviço, e a comunicação boca a boca, que avalia se o consumidor indicaria esse serviço a terceiros (GOLDSTEIN; ELLIOT; GUCCIONE, 2000; MONNIN; PERNEGER, 2002; BETTIE et al., 2005). Esses atributos são de grande relevância ao se avaliar o comportamento do consumidor, pois o fato de o cliente estar satisfeito com o serviço não significa que retornará ao serviço, caso seja necessário, assim como recomendá-lo a outra pessoa. Em casos de insatisfação, essa lógica também se aplica. Portanto, os instrumentos de avaliação de serviços devem apresentar indicadores relativos às atitudes e intenções comportamentais. Ademais, outras dimensões das atitudes e intenções comportamentais podem ser úteis na avaliação dos serviços, como o comprometimento, arrependimento, valor percebido e confiança.

No Brasil, os estudos sobre qualidade e satisfação na área da saúde ganharam força depois de 1990, quando houve um fortalecimento do controle social, no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação desses serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Contudo, trabalhos específicos para serviços de fisioterapia são raros (MENDONÇA; GUERRA, 2007).

Considerando o exposto, o problema da pesquisa fundamenta-se no fato de que há uma carência de escalas específicas na avaliação da qualidade percebida em serviços de fisioterapia dentro do contexto brasileiro. Além disso, as escalas atuais são pobres em relação à avaliação dos impactos da qualidade sobre as diversas atitudes e intenções comportamentais, como a satisfação, arrependimento, propensão à lealdade, comunicação boca a boca, confiança, gratidão, valor percebido e os comprometimentos afetivo, normativo, instrumental e conativo. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi desenvolver e validar uma escala de avaliação da qualidade percebida e das atitudes e intenções comportamentais em serviços de fisioterapia.

2 METODOLOGIA

No afã de responder ao objetivo proposto, a pesquisa foi dividida em duas fases: a primeira de natureza qualitativa (exploratória) e a segunda de caráter quantitativo.

Na primeira fase, buscou-se levantar os atributos de qualidade percebida por pacientes de serviços de fisioterapia. Para tanto, além de uma ampla revisão da literatura, foram realizadas 26 entrevistas em profundidade envolvendo fisioterapeutas (13), clientes e ex-clientes de serviços de fisioterapia (10) e pessoas que nunca se submeteram ao tratamento fisioterápico (3). Todos os entrevistados eram residentes em Belo Horizonte (MG), e as entrevistas foram orientadas por meio de dois roteiros desenvolvidos pelos autores.

Na segunda fase, foi realizado um levantamento tipo *survey*, em um período de 15 dias, com base em um corte transversal, envolvendo 412 pacientes em tratamento, ex-pacientes que abandonaram o tratamento ou que concluíram o tratamento fisioterapêutico, na cidade de Belo Horizonte, onde a seleção dos respondentes foi feita por conveniência.

Para esse levantamento, foi elaborado e aplicado um questionário estruturado, utilizando os atributos levantados na primeira fase e aplicado, em uma escala tipo *likert*, variando de 0 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente), e ainda da opção "NS/NA" (Não sei/não se aplica). Esse tipo de escala permite mais precisão de resposta, levando a uma maior consistência dos dados (SPECTOR, 1992). O questionário apresentava 63 itens relacionados à qualidade percebida e 32 itens relacionados às atitudes e intenções comportamentais. Foi utilizado um cabeçalho com explicação detalhada de como os entrevistados deveriam responder às questões que foram lidas pelo entrevistador antes de se iniciar a coleta:

Com relação a ..., favor marcar um X nas opções que melhor representem sua opinião, sendo 0 para DISCORDO TOTALMENTE e 10 para CONCORDO TOTALMENTE. Favor marcar valores intermediários para níveis médios de concordância ou discordância. Caso o entrevistado não saiba avaliar ou a questão não se aplique, favor marcar "Não sei /Não se aplica (NS/NA)".

Por fim, questões sociodemográficas foram incluídas, a fim de caracterizar a amostra. Os critérios de exclusão foram indivíduos que apresentavam incapacidade de responder às questões, quem nunca havia sido submetido a tratamento fisioterapêutico ou foram tratados há mais de seis meses.

Os dados obtidos foram analisados por meio dos *softwares* Microsoft Excel[®], SPSS[®] (versão 13.0) e Amos[®] (versão 5.0). Os critérios utilizados para desenvolver e validar a escala foram separados em nove etapas: (1) revisão da literatura sobre o tema; (2) elaboração de um roteiro de entrevista em profundidade; (3) realização de entrevista em profundidade com pacientes, não pacientes e ex-pacientes; (4) análise de conteúdo das entrevistas; (5) desenvolvimento do questionário para a *survey*; (6) coleta e tabulação dos dados da *survey*; (7) análise descritiva da amostra; (8) análise exploratória dos dados – avaliação de viés de não-resposta, *missing values*, *outliers* e pressupostos (normalidade e linearidade); (9) análise fatorial de dimensionalidade, confiabilidade e consistência interna dos construtos e validade de construto – convergente e discriminante (KUMA; AAKER; DAY, 1999; SPECTOR, 2002; HAIR et al., 2005).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados sociodemográficos obtidos demonstram que entre os 412 pacientes e ex-pacientes de serviços de fisioterapia da região metropolitana de Belo Horizonte, 41% são do sexo masculino e 59% são do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 47,28 ± 16,95 anos, e a faixa de renda familiar predominante era de até R\$ 4.000,00 (79%). Constatou-se ainda uma distribuição bastante uniforme dos respondentes com relação à etapa em que eles estavam no tratamento, sendo 39,1% de pacientes que concluíram o tratamento, 35,9% de pacientes que abandonaram o tratamento e 25% de pacientes que estavam em tratamento. A maior parte dos respondentes era de indivíduos casados/amigados (52,2%), seguidos pelos solteiros (32,3%), divorciados/separados (7,8%) e viúvos (7,8%). Finalmente, constatou-se que a maioria dos pacientes apresentava nível educacional até o Ensino Médio (40%), enquanto entrevistados com nível superior

incompleto (13,1%) ou superior completo (23,5%) também se apresentavam como categorias relevantes. Uma menor parcela foi representada por pacientes com Ensino Fundamental (15,3%), Especialização (7,3%) e com Mestrado e Doutorado (0,7%).

3.1 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS (AED)

Iniciou-se o processo de AED pela análise da consistência do banco de dados, isto é, buscou-se encontrar valores inconsistentes, logicamente incoerentes ou erros de digitação (MALHOTRA, 2006). Na pesquisa, não foram encontrados valores fora dos limites previstos das escalas (0 a 10) utilizadas.

Para avaliar o pressuposto de linearidade entre os pares de indicadores, empregou-se o método de avaliação da significância dos coeficientes de correlação de *Pearson*. Segundo resultados dos testes *t*, 3.494 correlações da matriz são diferentes de zero, o que representa 72% das células da matriz R_{xx} . Foram analisados 30 diagramas de dispersão, visando identificar possíveis desvios da linearidade entre os pares de variáveis. No entanto, nenhum padrão não-linear foi notado. Em consequência, assume-se que existem relações lineares significativas para a maior parte das variáveis incluídas neste estudo, justificando a aceitação da hipótese de linearidade dos dados.

3.2 FIDEDIGNIDADE DAS MEDIDAS DO INSTRUMENTO

Para realizar a análise da fidedignidade do instrumento, foi necessário explorar a dimensionalidade dos construtos incluídos no estudo. Segundo Nunnally e Bernstein (1994), cada construto teórico deve tratar de dimensões distintas do fenômeno estudado, ou seja, os construtos devem contemplar o pressuposto da unidimensionalidade.

Cabe destacar que, conforme Dunn et al. (1994), uma escala pode ser considerada como unidimensional quando, ao aplicar a análise fatorial com extração de componentes principais, considerando os fatores com autovalor (*eigenvalue*) superiores a um, cada indicador apresente uma carga fatorial de pelo menos 0,400 com o fator que está vinculado. Hair Jr. et al. (2005) enfatizam que, em amostras grandes, cargas fatoriais superiores a 0,300 já podem ser consideradas significantes. A carga fatorial permite interpretar o papel que cada variável tem na definição do fator e representa a correlação de cada variável com seu respectivo fator.

Uma série de regras para verificar se existem condições adequadas para o uso da análise fatorial exploratória deve ser observada. Inicialmente, é necessário observar se a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que é um índice comparativo da correlação observada *versus* a correlação parcial da matriz, possui um valor superior à 0,600 (LATIF, 2004). Além disso, é esperado que a solução fatorial consiga explicar pelo menos 60% da variância total dos dados, o que indica que a redução de dados consegue explicar uma parcela considerável da variação existente (HAIR et al., 2005). Também é conveniente verificar a magnitude das comunalidades (H^2), observando se a análise fatorial é capaz de explicar pelo menos 40% da variância dos dados (DUNN; SEAKER; WALLER, 1994).

Neste trabalho, procurou-se identificar as dimensões latentes do construto qualidade percebida global pelos pacientes atuais, pacientes que concluíram e pacientes que abandonaram o tratamento. Para tanto, empregou-se a análise fatorial exploratória, por meio da extração de componentes principais, utilizando-se um procedimento ortogonal (*varimax*) com normalização do tipo Kaiser.

Após um procedimento de várias etapas, em que todos os indicadores que apresentaram comunalidades inferiores a 0,400, sem nenhuma carga fatorial superior a 0,300 ou apresentando cargas cruzadas em dois ou mais fatores, foram progressivamente excluídos, foi possível encontrar uma solução fatorial com nove dimensões latentes do construto qualidade percebida global. Tais fatores foram assim denominados (tabela 1): fator 1 – relacionamento; fator 2 – funcionários; fator 3 – infraestrutura e equipamentos; fator 4 – auto-interesse; fator 5 – comunicação do fisioterapeuta com os clientes; fator 6 – horários de atendimento; fator 7 – marca e tradição; fator 8 – qualificação profissional do fisioterapeuta; fator 9 – comodidade (estacionamento).

Entende-se, portanto, que os nove fatores encontrados nessa solução fatorial foram capazes de explicar 70,85% da variância total dos dados. Considerando-se que esse valor supera

o limite sugerido de 60% e que a medida de adequação da amostra de KMO foi de 0,926, pode-se afirmar que todos os construtos mostraram evidências concretas em favor da unidimensionalidade, ou seja, que a solução fatorial obteve resultados satisfatórios (HAIR et al., 2005).

Realizou-se ainda a análise fatorial dos construtos relacionados às atitudes e intenções comportamentais dos pacientes. Todos os construtos que mensuram as atitudes e intenções comportamentais dos pacientes mostraram evidências em favor de sua correta dimensionalidade. Nota-se que foi feita uma análise em separado para cada construto, tal como mostra a tabela 2. Como para todos eles, a variância total dos dados foi maior que o limite mínimo de 60% e a medida KMO foi superior a 0,600, sugere-se que os resultados sejam satisfatórios.

TABELA 1 – FATORES DE QUALIDADE ENCONTRADOS NA AVALIAÇÃO DA DIMENSIONALIDADE

| FATORES | ATRIBUTOS | CAR-GA FATO-RIAL | H ² | AUTO-VALOR | VA-RIÂNCIA EXPLI-CADA (%) |
|--|--|------------------|----------------|------------|---------------------------|
| relacionamento do fisioterapeuta com os clientes | 1 Tem um ótimo relacionamento comigo. | 0,803 | 0,797 | 90,490 | 23,147 |
| | 2 Sempre respeita minha privacidade. | 0,799 | 0,752 | | |
| | 3 Sempre me trata com o maior respeito. | 0,789 | 0,749 | | |
| | 4 É uma pessoa legal. | 0,764 | 0,718 | | |
| | 5 Está sempre motivado para atender os clientes. | 0,762 | 0,720 | | |
| | 6 Sempre procura manter um clima amigável e descontraído durante meu tratamento. | 0,750 | 0,673 | | |
| | 7) sempre demonstra ter um elevado interesse pelo meu caso | 0,733 | 0,702 | | |
| | 08) me chama pelo meu nome | 0,725 | 0,633 | | |
| | 09) sempre busca me manter motivado com o tratamento | 0,703 | 0,709 | | |
| | 10 Sempre escuta atentamente o que eu tenho a dizer. | 0,698 | 0,605 | | |
| | 11 Dedica tempo suficiente para acompanhar meu caso pessoalmente. | 0,681 | 0,671 | | |
| | 12 Inspira-me total confiança. | 0,626 | 0,541 | | |
| | 13 Sempre mantém uma postura bastante profissional. | 0,618 | 0,713 | | |
| | 14 Examina-me cuidadosamente antes de iniciar o tratamento. | 0,576 | 0,509 | | |
| funcionários | 15 Possui funcionários que sempre me atendem com educação e cordialidade. | 0,775 | 0,810 | 4,374 | 10,669 |
| | 16 Tem funcionários que buscam atender prontamente às consultas, dúvidas, solicitações e reclamações dos clientes. | 0,748 | 0,766 | | |
| | 17 Tem funcionários honestos e confiáveis. | 0,724 | 0,702 | | |
| | 18 Tem funcionários sempre interessados em atender bem aos clientes. | 0,712 | 0,746 | | |
| | 19 Tem funcionários que estão sempre bem aparentados. | 0,701 | 0,701 | | |
| | 20 Tem funcionários que se preocupam em resolver os problemas dos clientes de maneira rápida e eficaz. | 0,684 | 0,649 | | |
| estrutura e equipamento | 21 Possui instalações com excelente aparência. | 0,824 | 0,800 | 3,312 | 8,078 |

| | | | | | |
|---|--|-------|-------|-------|-------|
| | 22 Tem um ambiente com instalações físicas agradáveis. | 0,775 | 0,765 | | |
| | 23 Tem uma sala de espera confortável. | 0,685 | 0,640 | | |
| | 24 Tem acesso fácil (com portas largas, rampas de acesso, piso antiderrapante, etc.). | 0,684 | 0,614 | | |
| | 25 Tem todos os equipamentos necessários para meu tratamento. | 0,492 | 0,493 | | |
| autointeresse | 26 Marca o atendimento de muitos pacientes ao mesmo tempo para ganhar mais dinheiro. | 0,821 | 0,744 | | |
| | 27 Preocupa-se apenas em ganhar dinheiro. | 0,816 | 0,722 | 2,778 | 6,776 |
| | 28 Marca mais sessões do que o necessário para ganhar mais dinheiro. | 0,801 | 0,715 | | |
| | 29 Preocupa-se apenas com seus próprios interesses. | 0,696 | 0,597 | | |
| comunicação do fisioterapeuta com os clientes | 30 Definiu objetivos de curto, médio e longo prazo para meu tratamento. | 0,857 | 0,833 | | |
| | 31 Fez uma previsão de tempo para a solução de meu problema antes do início do tratamento. | 0,835 | 0,796 | 2,330 | 5,684 |
| | 32 Fornece informações completas e detalhadas sobre o problema que eu tenho. | 0,716 | 0,702 | | |
| horários de atendimento | 33 Tem um horário de funcionamento que atende minhas necessidades. | 0,714 | 0,713 | | |
| | 34 Sempre tem horários disponíveis para que eu seja atendido(a). | 0,681 | 0,691 | 1,999 | 4,876 |
| | 35 Sempre realiza o atendimento no horário marcado. | 0,586 | 0,596 | | |
| marca e tradição | 36 Tem uma marca forte e consolidada no mercado. | 0,896 | 0,922 | 1,817 | 4,432 |
| | 37 Tem um nome bastante reconhecido no mercado. | 0,884 | 0,896 | | |
| qualificação profissional do fisioterapeuta | 38 Mantém-se informado sobre os últimos avanços da profissão. | 0,773 | 0,742 | 1,499 | 3,655 |
| | 39 Tem uma elevada qualificação profissional. | 0,751 | 0,757 | | |
| comodidade (estacionamento) | 40 Tem estacionamento próprio e gratuito. | 0,824 | 0,742 | 1,448 | 3,532 |
| | 41 Tem locais fáceis para estacionamento próximo. | 0,782 | 0,706 | | |

FONTE: dados da pesquisa.

Observações: todas as cargas fatoriais foram significativas ($>0,400$). Os valores h^2 são as comunalidades e indica o percentual de variância explicada de cada um dos indicadores. O Autovalor corresponde à decomposição da variância dos dados segundo cada fator. A variância explicada é o percentual de variância de cada fator, sendo que o total de variância explicada pelos nove fatores foi de 70,85%.

TABELA 2 – AVALIAÇÃO DA DIMENSIONALIDADE DOS CONSTRUTOS RELACIONADOS ÀS ATITUDES E INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS DOS RESPONDENTES

| | CONSTRUTOS INDICADORES | CARGA FATORIAL ^A | H ² (B) | AUTO-VALOR ^C | VARIÂNCIA EXPLICADA ^D |
|-------------------------|---|-----------------------------|--------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Arrepen-dimento | 42 Eu me sinto frustrado(a) por ter escolhido essa clínica para realizar meu tratamento. | 0,941 | 0,886 | 3,179 | 79,481 |
| | 43 Eu acredito que tomei uma péssima decisão em me tratar nessa clínica. | 0,912 | 0,832 | | |
| | 44 Eu estou arrependido(a) por ter optado por essa clínica. | 0,883 | 0,779 | | |
| | 45 Se eu pudesse recomeçar, escolheria uma outra clínica para me tratar. | 0,826 | 0,683 | | |
| propen-são à lealdade | 46 Caso eu venha a precisar me submeter a um outro tratamento fisioterápico, utilizarei novamente os serviços dessa clínica, mesmo se outras pessoas recomendarem um outro local. | 0,952 | 0,907 | 1,814 | 90,720 |
| | 47 Caso eu venha precisar me submeter a um outro tratamento fisioterápico, sem dúvida, irei procurar essa clínica novamente. | 0,952 | 0,907 | | |
| comunicação boca-a-boca | 48 Eu só faço observações positivas sobre a clínica para meus parentes e amigos. | 0,965 | 0,932 | 1,863 | 93,136 |
| | 49 Eu recomendaria às pessoas que se tratassem nessa clínica. | 0,965 | 0,932 | | |
| satisfação | 50 Eu estou satisfeito(a) com minha decisão em me tratar nessa clínica. | 0,922 | 0,850 | 2,597 | 86,590 |
| | 51 O resultado do tratamento está atendendo totalmente às minhas expectativas. | 0,923 | 0,852 | | |
| | 52 Eu realmente gosto de utilizar os serviços dessa clínica. | 0,946 | 0,895 | | |
| confiança | 53 Eu confio bastante no trabalho desenvolvido pela equipe dessa clínica. | 0,959 | 0,897 | 2,723 | 90,754 |
| | 54 Eu confio bastante no trabalho desenvolvido por meu fisioterapeuta. | 0,952 | 0,919 | | |
| | 55 Eu me sinto seguro(a) por estar sendo tratado nessa clínica. | 0,947 | 0,906 | | |
| gratidão | 56 Eu tenho um sentimento de gratidão em relação ao fisioterapeuta responsável por meu tratamento, porque ele tem feito mais do que suas obrigações para solucionar meu problema. | 0,972 | 0,945 | 1,889 | 94,457 |
| | 57 Eu tenho um sentimento de gratidão em relação à equipe responsável por meu tratamento, porque os profissionais têm feito mais do que suas obrigações para solucionar meu problema. | 0,972 | 0,945 | | |
| valor | 58 Considerando a qualidade dos serviços prestados e o valor cobrado, eu acredito que está valendo a pena fazer o tratamento nessa clínica. | 0,915 | 0,838 | 1,675 | 83,765 |
| | 59 Eu acredito que os benefícios que tenho recebido por parte da clínica são compatíveis (justos) em relação ao valor pago em meu tratamento. | 0,915 | 0,838 | | |

FONTE: dados da pesquisa.

Observações: nesta tabela foi feita uma análise fatorial para cada conjunto de variáveis: a) cargas fatoriais foram significativas (>0,400); b) valores h² são as comunalidades e indicam o percentual de variância explicada de cada um dos indicadores; c) os autovalores correspondem à decomposição da variância dos dados segundo cada fator; d) a variância explicada é o percentual de variância de cada fator. A análise foi capaz de explicar mais de 70% da variância de cada conjunto de dados, e a medida KMO, superior a 0,80.

Conclusão similar foi obtida para o construto comprometimento com o tratamento (tabela 3), que apresentou quatro dimensões (somente uma análise fatorial).

TABELA 3 – AVALIAÇÃO DA DIMENSIONALIDADE DOS CONSTRUTOS RELACIONADOS AO COMPROMETIMENTO DOS RESPONDENTES

| CONSTRUTOS | INDICADORES | CARGA FATORIAL | H ² | AUTO-VALOR | VARIÂNCIA EXPLICADA |
|------------------------------|--|----------------|----------------|------------|---------------------|
| comprometimento normativo | 60 Tenho-me esforçado para cumprir as atividades indicadas pelo fisioterapeuta, pois acredito que realmente resolverão meu problema. | 0,885 | 0,807 | 2,130 | 21,290 |
| | 61 Eu me sinto comprometido(a) com o tratamento que estou realizando. | 0,807 | 0,690 | | |
| | 62 Eu acredito que, depois de concluir o tratamento, terei meu problema solucionado. | 0,774 | 0,617 | | |
| comprometimento afetivo | 63 Tenho-me esforçado durante o tratamento porque gosto das pessoas que trabalham nessa clínica. | 0,860 | 0,837 | 1,655 | 16,550 |
| | 64 Eu tenho um vínculo de amizade com as pessoas que trabalham nessa clínica. | 0,773 | 0,811 | | |
| comprometimento conativo | 65 O tratamento que estou fazendo passou a ser um hábito para mim. | 0,774 | 0,806 | 1,969 | 19,690 |
| | 66 Eu não interrompi o tratamento, pois já estou acostumado(a) a fazê-lo. | 0,888 | 0,769 | | |
| comprometimento instrumental | 67 Tenho-me esforçado durante o tratamento, apenas porque é o único que tenho condições financeiras de fazer. | 0,858 | 0,800 | 1,576 | 15,757 |
| | 68 Eu já gastei muito dinheiro durante o tratamento, para interrompê-lo antes de receber alta. | 0,819 | 0,716 | | |

FONTE: dados da pesquisa.

3.3 CONFIABILIDADE

Após a avaliação da unidimensionalidade, qualificou-se a extensão em que os construtos do estudo produziam resultados coerentes, quando medidas repetidas dos objetos foram efetuadas, denotando a extensão dos erros aleatórios sobre as escalas (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994).

A consistência interna foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (α), que indica o percentual de variância das medidas que estão livres de erros aleatórios (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994; HAIR, 2005). Buscou-se, portanto, avaliar a confiabilidade das escalas por meio de tal coeficiente, que é considerado adequado, quando são obtidos valores superiores a 0,800. Entretanto, valores superiores a 0,600 são aceitáveis para escalas em desenvolvimento, tais como as empregadas neste estudo (MALHOTRA, 2006). A tabela 4 demonstra a confiabilidade das escalas.

3.4 VALIDADE CONVERGENTE

Após a etapa de avaliação da confiabilidade, foi feita a avaliação da validade convergente das medidas, buscando identificar se os indicadores são suficientemente correlacionados com seus

respectivos construtos, a fim de evidenciar sua adequação para medir as dimensões latentes de interesse (BAGOZZI; PHILIPS, 1991).

O método utilizado neste trabalho, para avaliar a validade convergente, foi o proposto por Bagozzi e Philips (1991), que sugerem que a análise fatorial confirmatória (AFC) pode ser usada para verificar se os indicadores estão significativamente relacionados aos construtos de interesse. Para identificar os construtos latentes, fixou-se à variância dos fatores a variância de um dos indicadores. Dessa forma, considerando-se o critério de validade convergente sugerido por Bagozzi e Philips (1991), todos os indicadores atingiram os valores mínimos necessários para atender ao pressuposto de validade convergente.

TABELA 4 – COEFICIENTES ALFA DE CRONBACH DOS FATORES

| | CONSTRUTOS | ALPHA DE CRONBACH |
|---|--|-------------------|
| fatores de qualidade | fator 1 – relacionamento do fisioterapeuta com os clientes | 0,947 |
| | fator 2 – funcionários | 0,919 |
| | fator 3 – infraestrutura e equipamentos | 0,828 |
| | fator 4 – autointeresse | 0,826 |
| | fator 5 – comunicação do fisioterapeuta com os clientes | 0,863 |
| | fator 6 – horários de atendimento | 0,778 |
| | fator 7 – marca e tradição | 0,924 |
| | fator 8 – qualificação profissional do fisioterapeuta | 0,677 |
| | fator 9 – comodidade (estacionamento) | 0,671 |
| atitudes e intenções comportamentais | arrependimento | 0,909 |
| | propensão à lealdade | 0,898 |
| | comunicação boca a boca | 0,927 |
| | confiança | 0,947 |
| | satisfação | 0,919 |
| | gratidão | 0,941 |
| | valor | 0,806 |
| comprometimento | comprometimento normativo | 0,778 |
| | comprometimento afetivo | 0,685 |
| | comprometimento instrumental | 0,771 |
| | comprometimento conativo | 0,695 |

FONTE: dados da pesquisa.

Apesar de os fatores comprometimento afetivo com o tratamento, comprometimento conativo com o tratamento, comodidade e qualificação profissional terem obtido alfas muito próximos do limite

mínimo recomendado para escalas em fase de desenvolvimento (0,600), todos os valores encontrados superam tal parâmetro, indicando uma satisfatória consistência interna.

3.5 VALIDADE DISCRIMINANTE

Para avaliar a validade discriminante dos construtos, ou seja, verificar se os construtos efetivamente medem diferentes aspectos do fenômeno de interesse, empregou-se o método desenvolvido por Fornell e Larcker (1981). Usualmente, a validade discriminante entre dois construtos é um pré-requisito para que se aceite que os construtos estão, de fato, medindo aspectos diferentes do fenômeno de interesse.

Notou-se que a variância média compartilhada entre os indicadores e seus respectivos construtos foi superior à variância compartilhada entre os construtos em todos os casos, demonstrando que todas as escalas medem efetivamente construtos diferentes. Nesse sentido, pode-se afirmar que todos os construtos do estudo apresentaram evidências de validade discriminante.

4 CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Os resultados obtidos na pesquisa permitiram concluir que a qualidade percebida por clientes de serviços de fisioterapia é um construto multidimensional que pode ser avaliado por meio de nove fatores latentes. A avaliação da confiabilidade da escala foi realizada pela avaliação da consistência interna das variáveis e apresentou valores superiores ao exigido, indicando uma satisfatória consistência interna. Foi possível concluir que os construtos apresentaram evidências de validade convergente e discriminante. Dessa forma, é possível afirmar que a escala apresentou níveis adequados de confiabilidade e validade.

As dimensões comprometimento afetivo e conativo com o tratamento, comodidade e qualificação profissional do fisioterapeuta apresentaram alfas próximos do limite recomendado. Sugere-se que, em estudos futuros envolvendo tais dimensões, sejam buscadas alternativas para a melhoria da confiabilidade da escala, tais como aumentar o número de itens ou, ainda, depurar mais adequadamente as questões.

O questionário final apresenta 41 questões em relação à qualidade percebida e 27 questões em relação às atitudes e intenções comportamentais (tabelas 1, 2 e 3). Esse instrumento pode ser útil na avaliação da qualidade percebida e atitudes e intenções comportamentais de clientes de serviços de fisioterapia, assim como no respectivo monitoramento.

Acredita-se, depois de ampla revisão da literatura, que esse seja o primeiro instrumento para avaliar a qualidade percebida e as atitudes e intenções comportamentais em serviços de fisioterapia. No entanto, essa escala foi desenvolvida e validada em língua portuguesa e em uma população de pacientes e ex-pacientes de serviços de fisioterapia em nível ambulatorial. Diante disso, novos estudos são necessários para considerar sua validade e confiabilidade em outras populações e ambientes, como em hospitais e centros de saúde.

REFERÊNCIAS

BAGOZZI, Richard P.; YI, Youjae; PHILIPS, Lynn W. Assessing construct validity in organizational research. **Administrative Science Quarterly**, v. 36, n. 3, p. 421-458, Sept. 1991.

BEATTIE, Paul F. et al. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. **Physical Therapy**, v. 82, p. 557-565, 2002.

_____. et al. The medrisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care: a psychometric analysis. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 35, n. 1, p. 24-32, Jan. 2005.

BEATTIE P. F.; NELSON R. M.; LIS, A. Spanish-language version of the medrisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care (MRPS): preliminary validation. **Physical Therapy**, v. 87, p. 793-800, 2007.

BOPP, K. D. How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: a marketing perspective. **Journal of Health Care Marketing**, v. 10, n. 1, p. 6-15, Mar. 1990.

ESPERIDIÃO, Monique A.; TRAD, Leny A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais, **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1.267-1.276, jun. 2006.

DUNN, Steven C.; SEAKER, Robert F.; WALLER, Matthew A. Latent variable in business logistics research: scale development and validation. **Journal of Business Logistics**, v. 15, n. 2, p. 145-173, 1994.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, 18, p. 39-50, Feb. 1981.

FRANCO, Selma C.; CAMPOS, Gastão W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 61-70, 1998.

GOLDSTEIN, M. S.; ELLIOT, S. D.; GUCCIONE, A. A. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. **Physical Therapy**, v. 80, n. 9, p. 853-863, 2000.

HAIR JR., J.; ANDERSON, R.; TATHAM, R.; BLACK, W. **Análise multivariada de dados**. São Paulo: Bookman, 2005.

KEITH, Robert A. Patient satisfaction and rehabilitation services. **Archives Physical Medicine Rehabilitation**, n. 79, p. 1.122-1.128, 1998.

KUMAR, V.; AAKER, D. A.; DAY, G. S. **Essentials of marketing research**. New York: J. Wiley and Sons, 1999.

LATIF, S.A. A análise fatorial auxiliando a resolução de um problema real de pesquisa de marketing. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 0, n. 0, p. 1-10. 2. sem., 1994.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MENDONÇA, K. M. P. P.; GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 5, p. 369-376, set./out. 2007.

MONNIN, D.; PERNEGER, T. V. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. **Physical Therapy**, n. 7, p. 682-691, July, 2002.

NUNNALLY, Junn C.; BERNSTEIN, Ira H. **Psychometric theory**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

OERMANN, C.; SWANK, P.; SOCKRIDER, M. Validation of instrument measuring patient satisfaction with chest physiotherapy techniques in cystic fibrosis. **Chest**, v. 118, p. 92-97, 2000.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valerie; BERRY, Leonard L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, Spring, 1988.

ROUSH, S. E.; SONSTROEM, R. J. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). **Physical Therapy**, v. 79, n. 2, p. 159-170, Feb. 1999.

SPECTOR, Paul E. **Summated rating scale construction**: an introduction. Newbury Park: Sage University, 1992.

