

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.

