

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE GERIÁTRICO**  
**COM A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL**  
**EM SERVIÇOS PRIVADOS**

**Talita Pascale Macêdo Diógenes**

**NATAL/RN**

**2009**

**Talita Pascalle Macêdo Diógenes**

**DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE GERIÁTRICO COM A  
ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL EM SERVIÇOS PRIVADOS**

*Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós- Graduação em Ciências da Saúde, do  
Centro de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte, como requisito para obtenção do título  
de Mestre em Ciências da Saúde.*

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra

**NATAL/RN**

**2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde :**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Técia Maria Oliveira Maranhão

**Talita Pascalle Macêdo Diógenes**

**DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE GERIÁTRICO COM A  
ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL EM SERVIÇOS PRIVADOS**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra (UFRN)

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra (UFRN)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karla Morganna Pereira Pinto de Mendonça (UFRN)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Glória Elizabeth Carneiro Laurentino (UFPE)

*“A nossa maior satisfação naquilo que amamos fazer é sermos FISIOTERAPEUTAS, e recebermos do nosso paciente/amigo o mais sincero abraço de gratidão e esperança depositada na nossa assistência como forma de suprir as mais íntimas necessidades nos últimos anos de suas vidas, buscando acima de tudo saúde e harmonia numa súplica silenciosa e incessante de um olhar expectante”*

Talita Diógenes

## **Dedicatória**

A Deus, Mestre da vida;

Aos meus pais, fonte inspiradora das minhas lutas e conquistas, não só este trabalho, mas todas as vitórias pessoais e profissionais;

Aos pacientes, razão do meu incentivo para o crescimento profissional-humano.

## Agradecimentos

A **Deus**, que permitiu a concretização de mais um sonho, concedendo-me coragem, perseverança e fé em todos os momentos;

Aos meus pais **Lázaro e Margarete**, pela constante presença, amor e carinho em todos os momentos da minha vida; pelo incentivo insessante, confiança e apoio depositados em minha caminhada;

A minha família, que compartilha todos os momentos especiais da minha história, em especial a **Tia Marize**, fonte inspiradora da minha profissão e **Tio Robério** (in memoriam) que sempre esteve ao meu lado e me ensinou que nunca podemos desistir dos nossos sonhos, por mais difícil e árduo que seja percurso;

Ao meu namorado **Eduardo**, pelo respeito pela minha profissão e amor dispensados através de gestos e palavras;

À amiga **Karla**, pela amizade, companheirismo, determinação, incentivo e crescimento profissional;

Ao orientador **Ricardo Guerra**, pelas orientações, tranquilidade e motivação para realização desse trabalho;

A todos os **colaboradores** pelo empenho e dedicação na coleta dos dados;

Aos **amigos professores** do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em especial **Gardênia Holanda e Patrícia Nogueira**, pelo carinho e atenção;

A todos os **proprietários e/ou fisioterapeutas** responsáveis das clínicas participantes da pesquisa, pela concessão dos locais para realização deste estudo;

Aos **idosos** constituintes da amostra, pela disponibilidade na participação da pesquisa, e pelas respostas sinceras que contribuíram para a construção dos resultados;

Aos meus **pacientes/amigos**, que através do sorriso e do olhar demonstram os mais sinceros votos de confiança e estímulo para busca incessante do conhecimento voltado para o ser humano físico e emocional;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização desta pesquisa.

## Sumário

<b>Dedicatória.....</b>	<b>vi</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de tabelas.....</b>	<b>xi</b>
<b>Lista de gráficos.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>xiv</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1 Objetivos.....	19
1.1.1 Objetivo Geral.....	19
1.1.2 Objetivos Específicos.....	19
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>28</b>
3.1 Caracterização da pesquisa.....	28
3.2 População e amostra.....	28
3.3 Seleção dos sujeitos.....	28
3.4 Instrumento da coleta de dados.....	29



3.5 Procedimentos .....	31
3.5.1 Identificação das clínicas de fisioterapia.....	31
3.5.2 Pré-teste.....	32
3.5.3 Coleta dos dados.....	32
3.6 Análise dos dados.....	33
3.6.1 Confiabilidade.....	33
3.6.2 Análise fatorial.....	34
3.6.3 Análise descritiva e analítica.....	35
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	37
4.2 Confiabilidade.....	42
4.3 Análise fatorial.....	44
4.4 Análise Bivariada.....	50
4.5 Análise Multivariada.....	51
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>64</b>

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>8 ANEXOS.....</b>	<b>67</b>
Anexo 1- Avaliação do estado mental (Mini Mental State Examination).....	68
Anexo 2- Instrumento de avaliação da satisfação dos pacientes geriátricos com a assistência fisioterapêutica ambulatorial.....	70
Anexo 3- Avaliação das atividades instrumentais de vida diária (Lawton).....	73
Anexo 4- Carta de solicitação.....	74
Anexo 5- Declaração de anuência.....	75
Anexo 6- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	76
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>

## **Abstract**

## **Apêndices**

Apêndice 1- Artigo intitulado “Physical therapy: are you satisfied?” (publicado no FIEP Bulletin).

Apêndice 2- Artigo intitulado: “Influência das características sociodemográficas na satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico” (publicado na Revista Fisioterapia em Movimento).

Apêndice 3- Artigo intitulado “Dimensions of satisfaction for elderly brazilian outpatients with physiotherapy” (aceito na Revista Brasileira de Fisioterapia ).

## Lista de tabelas

Tabela 1- Características sócio-demográficas dos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril,2007.....	39
Tabela 2- Distribuição das especialidades fisioterapêuticas referentes ao tratamento ambulatorial recebido pelos pacientes idosos na amostra das clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.....	40
Tabela 3 - Características da assistência recebida pelos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período e Fevereiro a Abril, 2007. ....	41
Tabela 4. Análise de confiabilidade com cada um dos itens eliminados do instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia aplicado em população idosa. ....	44
Tabela 5. Variância total explicada e o coeficiente de confiabilidade para cada item extraído do instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia aplicado em população idosa.....	45
Tabela 6. Matriz de componentes rotacionados do instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia aplicado em pacientes idosos.....	47
Tabela 7- Estatística descritiva dos itens referentes aos aspectos geradores de satisfação dos pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico	

ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007. ....	48
Tabela 8A- Estatística descritiva dos dados e análise bivariada da associação entre as variáveis sócio-demográficas e a satisfação do paciente idoso com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, em clínicas particulares do município de Natal /RN, 2007. ....	49
Tabela 8B- Continuação.....	50
Tabela 9 - Estatística descritiva dos dados e análise bivariada da associação entre a percepção do estado de saúde e capacidade funcional e a satisfação do paciente idoso com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, em clínicas particulares do município de Natal/RN, 2007. ....	50
Tabela 10- Análise multivariada das associações entre as variáveis sócio-demográficas, percepção do estado de saúde, capacidade funcional e a satisfação do paciente idoso com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, em clínicas particulares dos municípios de Natal RN, 2007.....	51

## Lista de gráficos

Gráfico 1- Distribuição da capacidade funcional referida pelos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.....	38
Gráfico 2 - Distribuição da percepção do estado de saúde referida pelos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.....	42

## Resumo

**Introdução:** Os idosos constituem os maiores consumidores dos serviços de saúde, especialmente os de reabilitação, tornando imprescindível a avaliação da qualidade da assistência fisioterapêutica prestada. A satisfação do paciente tem sido considerada uma das melhores e mais eficazes formas de avaliar o cuidado e direcionar o provedor do serviço para suprir as necessidades e expectativas do paciente-cliente. O objetivo deste estudo foi investigar os principais aspectos (preditores) que contribuem para a satisfação do paciente geriátrico com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial. **Métodos:** Trata-se de um estudo com enfoque epidemiológico, transversal e descritivo de cunho exploratório. Foi utilizado o instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia, desenvolvido e validado para a população brasileira por Mendonça em 2007, com uma escala de satisfação do paciente composta por 23 itens. Os dados foram coletados na sala de espera de 29 clínicas de Fisioterapia da rede privada da capital do RN/Brasil e a amostra selecionada de forma não-probabilística constou de 221 pacientes com idade superior a 60 anos, que realizaram entre 5 e 60 sessões de fisioterapia onde os dados foram coletados, deveriam ser usuários de plano de saúde e ter condições cognitivas preservadas. **Resultados:** A análise fatorial indicou a existência de quatro fatores com autovalor maior que 1: interação paciente-terapeuta (7 itens) –  $\alpha = 0,901$ ; acesso e atendimento de recepcionista e pessoal de apoio (8 itens) –  $\alpha = 0,888$ ; ambiente físico e satisfação global (5 itens) –  $\alpha = 0,835$ ; e conveniência (3 itens) –  $\alpha = 0,711$ . Os itens com maiores escores de satisfação completa foram os contemplados nos aspectos de interação paciente-terapeuta, especialmente o respeito e a gentileza do fisioterapeuta. As associações realizadas através do teste do Qui-quadrado e regressão logística binária entre a satisfação do

paciente e as variáveis sócio-demográficas, percepção do estado de saúde e capacidade funcional demonstraram que a satisfação do paciente idoso associa significativamente com o sexo e estado civil. Os achados revelam que as mulheres mostram-se mais satisfeitas com a fisioterapia. **Conclusão:** Os aspectos interpessoais demonstraram ser preditores relevantes para assistência fisioterapêutica satisfatória, especialmente na população idosa que requer atenção além do suporte puramente técnico.

Palavras-chave: Satisfação do paciente, idosos, fisioterapia, qualidade da assistência à saúde.

# 1 INTRODUÇÃO

A satisfação dos usuários de serviços de saúde vem sendo cada vez mais enfocada como um indicador da qualidade da atenção <sup>1, 2</sup>. Ao referir-se à qualidade da assistência prestada ao paciente, é possível constatar que ela tem assumido diversos significados dependendo do contexto compreendido. É consenso, porém, que ao desejar incrementos na sua melhoria, o ponto crucial é a avaliação <sup>3</sup>.

A redefinição do paciente como um consumidor dos serviços de saúde, deu maior ímpeto à sua avaliação <sup>4</sup> e muitas das estratégias disponíveis para a melhoria dos serviços de saúde estão baseadas na avaliação da satisfação de seus usuários. Observar e conhecer o comportamento e a opinião dos pacientes acerca da assistência recebida é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço e do ambiente clínico <sup>5</sup>. Apesar das limitações, a verificação da satisfação do usuário vem sendo cada vez mais utilizada e acredita-se que ganhará força quanto mais consciente de seus direitos for a população <sup>6</sup>.

A satisfação do paciente tem sido considerada como maior componente da qualidade de serviço na qual reflete a habilidade do profissional de saúde em relação às necessidades e expectativas do paciente. Numerosos estudos nesta área têm sido conduzidos assim como o desenvolvimento e validação de escalas para avaliação da satisfação do paciente. O efeito das características clínicas e fatores sociodemográficos nos escores de satisfação tem sido mundialmente estudado, mas seus impactos na satisfação ainda não estão claros, os resultados muitas vezes são inconsistentes e divergem entre os estudos <sup>7</sup>.



A satisfação do paciente é também considerada como um desejo (ou expectativa) do resultado do cuidado, um elemento no estado de saúde, uma mensuração da qualidade do cuidado, e como 'indispensável para avaliar a qualidade assim como para o projeto e administração dos sistemas do cuidado com a saúde'. Estudo mostra que esta satisfação também é relatada como competência técnica e interpessoal, procedimentos não verbais imediatos e positivos, conversa social, cortesia, consideração, comunicação clara e informação, tratamento respeitador, frequência de contato, prolongamento da consulta, disponibilidade de serviço e tempo de espera <sup>8</sup>.

Estudo pioneiro foi realizado no Brasil para validação de um instrumento específico a fim de avaliar a satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial em contexto cultural específico <sup>9</sup>. Os resultados de outro estudo numa mesma população demonstrou uma possível influência dos fatores sócio-demográficos, psicossociais e de relações interpessoais (terapeuta-paciente) na satisfação do usuário, o que concorda com a literatura disponível <sup>9, 10</sup>. E especificamente, dentre as variáveis sócio-demográficas, a idade do indivíduo é provavelmente a que apresenta melhor associação com a satisfação. Contudo pouca atenção tem sido dada para a satisfação em subgrupos de pacientes, incluindo os idosos, pois é inapropriado assumir que todos os pacientes têm as mesmas necessidades e expectativas.

Associando-se a essa realidade, verificamos que o fenômeno do envelhecimento demográfico e as demandas sociais específicas dele decorrentes tornaram a velhice um tema privilegiado de investigação a fim de buscar meios para promoção de políticas adequadas aos idosos assim como a rede de apoio de iniciativa multiprofissional. Tais metas buscam proporcionar um envelhecimento bem

sucedido com uma melhor auto-estima, sensação de bem estar e prazer pela vida, associado à promoção ou desenvolvimento da saúde física.

Nesse contexto, o fisioterapeuta surge como agente promotor de saúde à medida que se disponibiliza a prestar serviço à comunidade, englobando intervenções terapêuticas de identificação e tratamento de incapacidades com atos preventivos em prol do benefício desta população através de uma assistência especializada, porém ainda com necessidades de adequações e investigações inerentes à forma de abordagem a esse paciente e fatores que influenciam na condução do tratamento, como por exemplo, a satisfação do paciente com o serviço prestado.

Diante do exposto, em que a avaliação da satisfação do paciente desponta como determinante para otimização da qualidade dos serviços prestados e que modificações são necessárias nesse sistema a fim de atingir as expectativas das partes envolvidas, especificamente na população idosa que é geradora de grande demanda no pólo assistencialista da reabilitação, percebemos a necessidade da identificação das dimensões que compõem a satisfação do paciente idoso com a assistência fisioterapêutica, com o intuito de investigar os fatores associados com a percepção destes usuários acerca dos cuidados prestados. E ainda, verificar a possibilidade de relação das variáveis estudadas com diferentes aspectos expressados pelo paciente como o estado de saúde percebida e capacidade funcional.

## 1.1 **Objetivos**

### 1.1.2 **Objetivo geral**

- Identificar as dimensões que compõem a satisfação do paciente idoso com a assistência fisioterapêutica ambulatorial.

### 1.2.3 **Objetivos específicos**

- Avaliar a consistência interna das medidas obtidas com o instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica, aplicado em população específica (idosos);
- Identificar através dos indicadores de satisfação, os aspectos emergentes e que melhor correlacionam a satisfação percebida pelo paciente idoso com a assistência fisioterapêutica ambulatorial recebida;
- Verificar a influência dos fatores sócio-demográficos (idade, sexo, grau de escolaridade, renda e estado civil), níveis de capacidade funcional e percepção do estado de saúde na satisfação geral do paciente idoso.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, as projeções estatísticas do envelhecimento apontam para um grande crescimento da população acima dos 60 anos, que representará em torno de 14% da idade total em 2020 <sup>11</sup>. Tal fenômeno pode ser explicado pelas descobertas científicas de um modo geral, o que acarreta uma melhora na qualidade e expectativa de vida da população. Como consequência a essa transformação, a atenção à saúde na terceira idade tem sido cada vez mais motivo de preocupação e investimento, tanto no setor público como no privado <sup>12-14</sup>.

Pesquisas têm sido feitas no sentido de esclarecer fatores que contribuem para o chamado "envelhecimento bem-sucedido". Este seria uma "condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário" <sup>15</sup>.

As mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento são sentidas de forma particular por cada um e as adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história anterior, da saúde física, do bem estar sócio-econômico e da vivência atual das modificações perdas e medos <sup>14</sup>.

O processo do envelhecimento também acarreta uma série de alterações biofisiológicas, onde a diminuição da capacidade funcional dos diversos órgãos e tecidos é a principal característica desta fase, acarretando um risco aumentado de doenças, na sua maioria crônico-degenerativas e progressivas com múltiplos fatores determinantes associadas à incapacidade e perda de autonomia <sup>11</sup>. São portanto

afecções que não têm diagnóstico de resolutividade rápida e absorvem grandes quantidades de recursos materiais e de profissionais especializados <sup>16</sup>.

Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos. Esse também foi o grupo de maior coeficiente de internação hospitalar (14,8 por 100 pessoas no grupo) no ano anterior. Mais da metade dos idosos apresentava algum problema de saúde (53,3%), sendo 23,1% portadores de doenças crônicas <sup>15</sup>. Percebe-se assim que os problemas e tendências particularmente associados a esta faixa etária são, portanto, aqueles de importância crescente e que merecem especial atenção e consideração <sup>17</sup>.

A repercussão do envelhecimento e das enfermidades que se associam com os sistemas de saúde é evidente. Os anciãos constituem os maiores consumidores relativos e absolutos destes serviços em qualquer país <sup>18</sup>, e quando se discute a atenção às pessoas de maior idade, é comum o questionamento acerca da efetividade de serviços geriátricos. Muitos profissionais e gestores de saúde são, na verdade, céticos em relação à importância da provisão abrangente de serviços para pessoas com idade avançada <sup>11</sup>.

No Brasil, o rápido crescimento da população de idosos vem produzindo, como já demonstrado, grande impacto no sistema de saúde, com elevação dos custos e da utilização dos serviços. A ineficiência dos modelos tradicionais de assistência ao idoso torna imprescindível a mudança no paradigma de atenção à saúde dessa população, por meio do desenvolvimento de novos modelos de atenção que incorporem a identificação, a avaliação e o tratamento de idosos com perfis mórbidos e funcionais variados, passíveis de serem aplicados nas diversas modalidades assistenciais <sup>19</sup>.

A qualidade de vida em saúde deve ter a visão preventiva, personalizada e humanística, sendo importante possibilitar um acesso à abordagem integral da saúde física, mental, social e espiritual. Essas características tornam, portanto, o atendimento diferenciado em clínicas tradicionais onde este sempre é fragmentado e desintegrado <sup>20</sup>. Logo, a adequada assistência aos idosos deve basear-se na capacidade técnica de avaliação correta e conjunta da equipe interprofissional a respeito da problemática instalada e de intervenções precoces e eficientes, como também da premissa de que o idoso é, em princípio, competente para se cuidar e, portanto, autônomo em suas decisões, seja ou não independente para realizá-las <sup>21</sup>.

Os clássicos modelos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para grupos de indivíduos idosos sem que algumas adaptações importantes e significativas sejam realizadas, visto que esta população configura-se como grande consumidora do setor de saúde <sup>19</sup>.

A reabilitação geriátrica tem se dedicado à utilização de recursos específicos para este ramo, para compensar, dentro dos limites máximos, as síndromes invalidantes que afetam com maior frequência as pessoas de idade avançada <sup>22</sup>.

O fisioterapeuta, inserido neste contexto, vem cada dia mais conquistando novos espaços à medida em que busca suprir as necessidades dessa população, trabalhando num processo de assistência global (física/psicológica) associado às intervenções fisioterapêuticas específicas, com o objetivo de reabilitar a funcionalidade e promover a (re)integração desse paciente com seu meio. Logo, o cuidado fisioterapêutico é considerado um processo de interação terapeuta/paciente com a finalidade de se instaurar a integridade psicofísica do ser humano com necessidades específicas <sup>23</sup>.

Acridita-se que é uma tarefa desafiadora ter de definir as metas da fisioterapia para as pessoas da terceira idade, uma vez que o fisioterapeuta está mais familiarizado com os objetivos terapêuticos, contudo estes nem sempre são apropriados ou realizáveis, diante de tal população. Em vez disso, precisará muitas vezes focalizar a prevenção e a adaptação, embora estando menos familiarizado e se sentir menos à vontade antes de tais objetivos. Por outro lado, o fisioterapeuta que trabalha com pessoas de terceira idade enfrenta o desafio gratificante de poder ser criativo e inovador e encontrar satisfação pessoal na contribuição que traz para melhorar a qualidade de vida de seus clientes idosos, ajudando-os a alcançar os seus objetivos <sup>24</sup>.

Como profissionais de saúde, cujo fundamento é o serviço orientado na satisfação das necessidades dos pacientes, considera-se prioritária a participação do usuário na avaliação e otimização da qualidade da assistência <sup>25</sup>.

Então, quando há o aumento de idosos juntamente com a sua maior utilização dos cuidados de saúde torna-se claro que a análise da qualidade dos cuidados de saúde prestados a essa população considerada é um tema importante e relevante <sup>17</sup>.

O julgamento da qualidade destes serviços de saúde é, portanto, permeado de elementos culturais, sociais e econômicos e vivenciado diferentemente pelos vários atores que deles participam. Desta forma, a avaliação da qualidade de serviços de saúde não se restringe aos aferimentos técnicos, mas há de levar em consideração o padrão de interação dos diversos atores, os antagonismos e os consensos <sup>26</sup>.

Os estudos sobre avaliação em serviços de saúde discutem a problemática que é incorporar a satisfação dos usuários a estes serviços, pois eles podem desejar que se faça o que não seria correto do ponto de vista ético, embora reconheçam a

sua validade. A década de 90 marcou o apogeu das medidas de avaliação da satisfação de usuários, no contexto da expansão dos Programas de Qualidade no setor empresarial e sua implantação em serviços de saúde<sup>27</sup>.

Dentre os indicadores da qualidade que medem resultados e no qual atribui-se cada vez maior importância, inclui-se a satisfação do paciente com a atenção recebida, mediante a prestação de um serviço de maior qualidade<sup>18, 28</sup>. Segundo Corbella e Saturno apud Rosa et al., 2000<sup>28</sup>, a satisfação pode definir-se como *“la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”*.

Estudos têm sido realizados com enfoque na satisfação do paciente como indicador de qualidade da assistência, monitorização da percepção dos serviços de saúde prestados e como variável de resultado<sup>29 - 31</sup>, e concluem que abordar a satisfação sob a perspectiva dos usuários implica trazer um julgamento sobre características do serviço, fornecendo informações essenciais para completar, equilibrar e otimizar a qualidade das ações assistencialistas<sup>32</sup>.

Pesquisar a respeito da satisfação dos clientes é também uma tarefa fundamental para a gestão das empresas, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização. Estudos têm descoberto que níveis mais elevados de satisfação levam à maior retenção e lealdade de clientes e que, com o aumento da lealdade, a satisfação de clientes pode ajudar a assegurar receitas ao longo do prazo, reduzir custos de transações futuras, a diminuir a elasticidade de preços e a minimizar a probabilidade de os clientes trocarem de fornecedor caso haja uma queda do nível de qualidade<sup>33</sup>.



Há uma premissa de que já existem certas necessidades pré-estabelecidas para os usuários, em sua maioria, esses conceitos são oriundos de estudos sobre satisfação que envolvem percepções de pacientes os quais referenciam no julgamento sobre a satisfação: habilidade técnica do profissional, evitar que o paciente sinta dor, facilidade de acesso à clínica e ao tratamento, custo do tratamento, informações em relação ao tratamento propriamente dito, atitude do profissional, estética, higiene e função <sup>20</sup>.

Segundo Donabedian, mensurar a satisfação do paciente desempenha 3 funções distintas: compreender a experiência dos pacientes com o cuidado com a saúde, identificar problemas com esse cuidado, e avaliar os serviços, sendo a avaliação considerada a mais importante dimensão. Considera ainda a satisfação/insatisfação como um julgamento do paciente na qualidade do cuidado em todos os aspectos, mas particularmente como interesse no processo interpessoal. Implícito na definição da satisfação do paciente como 'um conceito multidimensional, com dimensões que correspondem a maioria das características dos provedores e serviços', é o processo interpessoal e atributos organizacionais de Donabedian <sup>8</sup>.

Importantes estudos têm indicado que a expectativa do paciente é um dos maiores determinantes da sua satisfação, visto que o paciente traz para qualquer processo de avaliação, um conjunto de expectativas que são derivadas de crenças sobre a situação ideal que influenciam no seu grau de satisfação. <sup>11, 30-32</sup>. Estas crenças podem, ainda, estar associadas às características pessoais como idade, sexo, etnia, conhecimentos pessoais e experiências anteriores <sup>34</sup>.

Linder-Pelz (1982) <sup>34</sup> aplicou teorias de satisfação em um serviço de assistência à saúde e concluiu que quando as expectativas com o cuidado são

excedidas pelos pacientes, o nível de satisfação é alto; igualmente, se as expectativas com o cuidado não forem atingidas no atual serviço oferecido, resultará em descontentamento. Então, a satisfação é sempre relativa às expectativas do paciente, refletindo um fenômeno verdadeiramente subjetivo e bastante distinto de outros tipos de avaliação <sup>35</sup>.

Assim, dentro dessa perspectiva da otimização da assistência prestada aos pacientes, novas linhas de pesquisas têm direcionado suas investigações para a avaliação da satisfação dos pacientes com o serviço de saúde recebido e a interferência de fatores sócio-demográficos, sócio-econômicos e variáveis distintas como percepção do estado de saúde e capacidade funcional nesta satisfação, sendo a idade do paciente e percepção do estado de saúde as associações mais consistentes dentre essas variáveis. Algumas revisões literárias com o cuidado médico concordam que os pacientes mais velhos e aqueles que referem um melhor estado de saúde são mais satisfeitos <sup>10, 36-39</sup>.

A satisfação do paciente idoso foi analisada por Greene et al., (2002) <sup>40</sup> a qual relacionaram com a comunicação utilizada durante a primeira visita médica. Os achados sugerem que esta população prefere os encontros em que há apoio e empatia do médico, e quando este dá oportunidade ao paciente para expressar informações necessárias. Os autores concluem que esta amostra de pacientes idosos pareciam estar satisfeitos com o estilo de comunicação usualmente característica do modelo tradicional da relação médico-paciente, e que pacientes idosos em outros cenários e em futuros coortes podem preferir outras abordagens de comunicação.

Calnan et al. (2003) <sup>41</sup> realizaram um estudo no Reino Unido, no período de 1983 a 1999, para analisar a relação entre o envelhecimento e os níveis da

satisfação com o serviço de saúde, onde obtiveram, a nível descritivo, uma forte evidência de uma tendência positiva entre a idade e a satisfação com serviços gerais da prática e do hospital, sugerindo uma variedade de explicações para esta relação, embora as evidências em que são baseados sejam restritas.

Uma pesquisa realizada por Juanola et al. (2004) <sup>18</sup> investigaram a utilização e o grau de satisfação da população de idosos com os serviços de saúde a nível primário em Cuba. Foi verificado que os gerontes de 60 a 69 anos e do sexo feminino tiveram maior uso desses serviços principalmente de consultas médicas, serviços de enfermagem e meios diagnósticos, não sendo reportado neste estudo os serviços de reabilitação. Com relação ao grau de satisfação geriátrico com os serviços, no geral, foram registrados graus positivos da satisfação (57,14 a 100%), segundo a escala de 3 pontos utilizada ('satisfeito', 'pouco satisfeito', 'não satisfeito').

Apesar da realização de poucos estudos, percebe-se a falta de evidência científica acerca desta temática na área da reabilitação, fato que reveste-se de importância frente ao enorme contingente da população idosa que necessita cada vez mais deste cuidado. A pequena produção se restringe praticamente à avaliação quantitativa dos serviços gerais, restando escassas informações sobre resolutividade e satisfação dos pacientes <sup>42</sup>.

## 3 MÉTODOS

### 3.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de um estudo analítico de caráter transversal de cunho exploratório, uma vez que para os objetivos serem atingidos observou, registrou, analisou e relacionou os dados (variáveis) sem manipulá-los<sup>43, 44</sup>.

### 3.2 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por pacientes idosos que estavam sendo submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial em 29 clínicas da rede privada da cidade de Natal, Rio Grande do Norte. A amostra inicial do estudo foi selecionada de forma não-probabilística e composta pelos 242 pacientes que eram atendidos durante o período estabelecido para a coleta nas clínicas eleitas para a pesquisa.

### 3.3 Seleção dos sujeitos

Os pacientes tornavam-se elegíveis a partir dos seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; ser usuário de planos de saúde; ter realizado no mínimo 5 e no máximo 60 sessões de tratamento fisioterapêutico na clínica onde seus dados foram coletados, tais limites estabelecidos conforme estudos prévios realizados no mesmo contexto sócio-cultural; e possuir condições cognitivas preservadas que permitissem a compreensão e auto-preenchimento do questionário. Todos os participantes foram voluntários.

Para assegurar que a amostra do estudo atendesse aos critérios de inclusão estabelecidos, os pacientes foram submetidos previamente à aplicação da escala da

satisfação a uma avaliação cognitiva, a qual selecionou pacientes com “ função cognitiva preservada” para compor a amostra da pesquisa.

A avaliação utilizada para elegibilidade da amostra foi realizada através do Mini-exame do Estado Mental de Folstein <sup>45</sup> (anexo 1). Este instrumento objetiva rastrear prejuízos cognitivos e mensurar a severidade das demências. O teste avalia orientação temporal, orientação espacial, atenção (registro), capacidade para realização de cálculos simples, memória recente e linguagem. Seu escore varia de 0 a 30. Para a classificação do déficit cognitivo predito pelo teste, considera-se <sup>46</sup>: (a) função cognitiva preservada; (b) alteração não sugestiva de déficit; (c) sugestivo de déficit cognitivo (não é critério de diagnóstico para demência). De acordo com os escores numéricos, a função cognitiva preservada utiliza os seguintes pontos de corte: (a) analfabeto – 13; (b) baixa escolaridade (1 a 4 anos) – 13; (c) média escolaridade (4 a 8 anos) – 18; (d) alta escolaridade (acima de 8 anos) – 26 <sup>47</sup>.

Após esta etapa, permaneceram elegíveis 221 pacientes que deram continuidade às etapas subseqüentes da avaliação da satisfação do paciente geriátrico com a fisioterapia.

### **3.4 Instrumentos da coleta de dados**

Foi utilizado o instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia, desenvolvido para a população brasileira, cujas propriedades psicométricas foram testadas e demonstradas através da análise de confiabilidade (Coeficiente alfa de Cronbach = 0,94) e validades de conteúdo, simultânea e de construto <sup>9</sup>.

A primeira parte do instrumento é composta por uma nota explicativa que expõe os objetivos do estudo, a entidade responsável pela pesquisa, os benefícios que estudos desta natureza podem prover à população e a importância da participação do respondente; seguida de questões descritivas que asseguram a análise da amostra acerca de suas características sócio-demográficas e melhor descrição das características referentes à busca pela assistência. Para permitir o estudo da associação da percepção do estado de saúde e a satisfação do paciente, foi acrescentado à primeira parte do instrumento o item: “ Em geral, você diria que sua saúde é:”, contemplado no instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36 e utilizando uma escala intervalar de 5 pontos variando de muito ruim a excelente <sup>48</sup>.

A escala de satisfação é composta por 23 itens que abordam aspectos das diferentes dimensões, discutidas na literatura, acerca do construto satisfação do paciente. Estes foram respondidos através de uma escala do tipo intervalar, cinco pontos, que percorreu de “péssimo” a “excelente” nos primeiros 21 itens. Os dois últimos itens questionam sobre as intenções futuras do paciente em relação ao serviço. Nestes itens a escala percorreu de “nunca” a “com certeza” (anexo 2).

A avaliação da capacidade funcional foi feita através da escala de Lawton <sup>49</sup>. Ela avalia o desempenho em atividades instrumentais de vida diária (incluindo capacidade de telefonar, viajar, fazer compras, preparar refeições, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar roupas, tomar remédios e cuidar das finanças), através de três possibilidades: independência, dependência parcial (necessidade de algum auxílio na execução das tarefas) e dependência completa, para as quais são atribuídos 3, 2 e 1 ponto, respectivamente. Sendo assim, o score nesta escala varia entre 9 e 27 pontos <sup>50</sup> (anexo 3).

### **3.5 Procedimentos**

O estudo das dimensões da satisfação do paciente geriátrico com a assistência fisioterapêutica iniciou a partir do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o qual constitui o protocolo 067/06.

#### **3.5.1 Identificação das clínicas de fisioterapia**

Inicialmente foi realizado um levantamento das clínicas da rede privada da cidade de Natal/RN, que possuíssem o serviço de fisioterapia e que atendessem a pacientes ambulatoriais, geriátricos e usuários de convênios de saúde. Esse levantamento foi feito através da busca em catálogos telefônicos e de planos de saúde, prestadoras telefônicas de informação, registros nas entidades de classes e estudos anteriores, nos permitindo identificar um total de 45 clínicas. Dentre estas, 16 não participaram da pesquisa por: não atender pacientes através de convênios de saúde ou pacientes idosos, não possuir mais o serviço de fisioterapia ou estar temporariamente sem oferecer o mesmo, não atender pacientes conveniados naquele período, ou por fechamento da clínica.

De posse desses dados, realizou-se um contato prévio por telefone com as clínicas listadas para confirmação dos dados referentes às clínicas e aos fisioterapeutas que nela trabalhavam. Em seguida, foram entregues ofícios circulares em forma de convite (anexo 4) aos fisioterapeutas, solicitando sua autorização para participação da clínica na coleta dos dados, assim como preenchimento de uma carta de anuência através do fisioterapeuta responsável, assegurando a participação da clínica na coleta do referido estudo.

### **3.5.2 Pré-teste**

A metodologia proposta para coleta de dados foi pré-testada utilizando os 3 instrumentos em uma população com características semelhantes as da amostra a ser estudada para detecção de possíveis intercorrências que pudessem interferir no resultado final da coleta definitiva. No total, 40 pacientes em 4 clínicas selecionadas aleatoriamente completaram os instrumentos. A análise do pré-teste demonstrou uma elevada confiabilidade para as medidas obtidas com o instrumento (Coeficiente alfa de Cronbach = 0,957) e adequação da normatização estabelecida para coleta dos dados.

### **3.5.3 Coleta de dados**

Os dados foram coletados, entre os meses de Fevereiro e Abril de 2007, na sala de espera das 29 clínicas participantes. Os pacientes idosos que chegassem à clínica para o tratamento durante o período supra-citado, preenchessem os critérios de inclusão e concordassem em participar da pesquisa, respondiam os instrumentos, sendo os mesmos obrigatoriamente precedidos da apresentação ao entrevistado do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento, que considera os aspectos éticos presentes na Resolução n.º 196/96 e normatiza a pesquisa em seres humanos<sup>51</sup> (anexo 5).

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados foram transportados para o programa estatístico SPSS versão 15.0 for Windows. A estatística descritiva, analítica e as estimativas de confiabilidade



foram calculadas, objetivando verificar as possíveis associações existentes da medida da satisfação do paciente com a fisioterapia e demais variáveis estudadas, assim como avaliar o grau de consistência interna das medidas, utilizando o Coeficiente alfa de Cronbach, que mede o grau de confiabilidade do instrumento, respectivamente. Foi realizada a dicotomização da escala intervalar de 5 pontos para uma melhor adequação da análise dos dados em “com satisfação completa” (‘ótimo’ e ‘excelente’) e “sem satisfação completa” (‘péssimo’, ‘ruim’ e ‘bom’). Assim como do nível de escolaridade em “fundamental/médio” (‘analfabeto’, ‘1º grau incompleto’, ‘1º grau completo’, ‘2º grau incompleto’ e ‘2º grau completo’) e “superior” (‘superior’); e do estado civil em “casado” e “outros” (‘solteiro’, ‘viúvo’ e ‘separado’)

### **3.6.1 Confiabilidade**

Para avaliar o grau de consistência interna, das medidas obtidas, foi utilizado o Coeficiente Alfa de Cronbach que reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador da consistência interna do instrumento. O índice alfa será maior quando a variância específica de cada item for pequena, e quando for grande a variância que eles em conjunto produzem. Assim quanto menos variabilidade um mesmo item produz numa amostra de sujeitos, menos erro ele provoca e mais preciso é considerado o item <sup>52-54</sup>.

### **3.6.2 Análise Fatorial**

Para identificar a estrutura fatorial dos indicadores das dimensões de satisfação, junto aos sujeitos do estudo, os dados foram submetidos à análise fatorial <sup>55</sup>, que representa um tipo de processo destinado essencialmente à redução

e à sumarização dos dados e é considerado o método mais adequado para comprovar a validade de construto <sup>56, 57</sup>. Com esta técnica podemos substituir um conjunto inicial de variáveis, por um conjunto menor de fatores não correlacionados. Os fatores obtidos na análise fatorial explicam a maior parte da estrutura de correlação do conjunto de variáveis originais <sup>9</sup>.

*“Não raro, entre as variáveis que medimos, algumas estão mais relacionadas entre elas do que com outras variáveis. A análise fatorial permite-nos estudar esses grupos de variáveis que tendem a relacionar-se entre si e estimar as razões subjacentes que podem fazer com que tais variáveis estejam mais fortemente correlacionadas entre si. “*

Jeff Miller, vice-presidente de consultoria e análise Burke, Inc.

Previamente à análise fatorial foi realizado o teste de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), para identificar se os dados ajustavam-se ao modelo fatorial <sup>58, 59</sup>, e o teste de esfericidade de Barlett para testar a normalidade multivariada do conjunto de distribuições <sup>60</sup>. O método de extração utilizado foi o Principal Componente de Análise. Este é o método mais indicado quando o objetivo principal é verificar a existência de dimensões latentes, e quando se quer obter o menor número de fatores que expliquem o máximo de variância nos dados <sup>58</sup>.

Em adição utilizou-se o método de rotação oblíqua, uma vez que esta opção é preferida quando o objetivo da análise fatorial for extrair diversos significados teóricos ou construtos, e parte do pressuposto de uma relação entre os fatores<sup>58, 61</sup>.

### 3.6.3 Análise descritiva e analítica

A estatística descritiva foi calculada através da distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e médias com desvio padrão (DP) para as variáveis contínuas, para apresentação e sintetização dos dados que contemplam as duas partes do instrumento de avaliação da satisfação.

A estatística analítica foi realizada através de uma análise de regressão, que é um processo poderoso e flexível para análise de relações associativas entre uma variável métrica dependente e uma ou mais variáveis independentes, sendo conduzida através de análise bivariada, seguida de outra multivariada. Para análise bivariada foi utilizado o teste do Qui-quadrado de *Pearson* para observar a existência de associação entre as variáveis independentes estudadas e a variável dependente (satisfação completa expressada pelo paciente com a assistência fisioterapêutica recebida)<sup>59</sup>. A análise multivariada foi realizada através de regressão logística binária e testes estatísticos de Pearson, P-value e Odds Ratio (OR). Foram considerados níveis de significância  $p < 0,05$  e Intervalo de Confiança (IC) de 95%<sup>61</sup>.

*“Para um pesquisador, a correlação é a maneira mais conveniente e compreensível de abordar a associação entre duas variáveis métricas. Quando*

*estendida à regressão múltipla, a relação entre uma variável e várias outras se torna mais inteligível”*

Sarah Evans, Analista sênior de pesquisa de mercado da Burke, Inc.

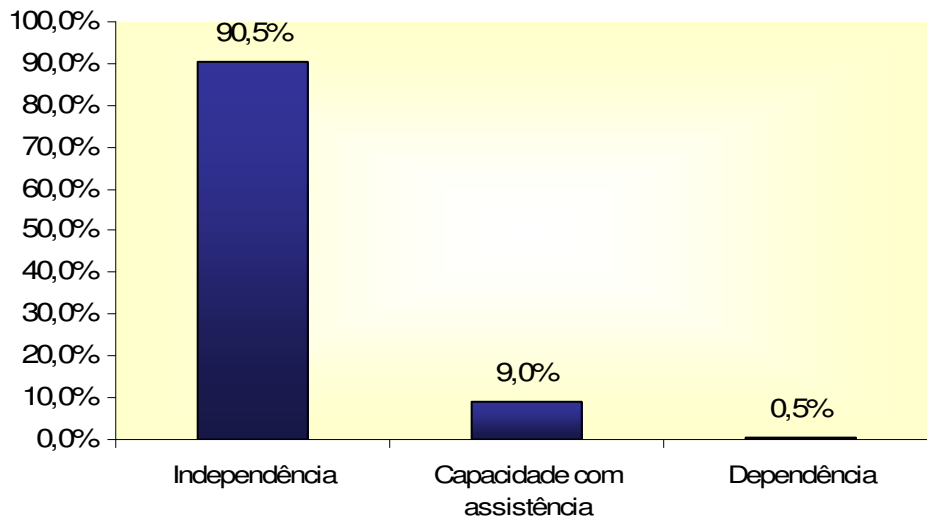
## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização dos sujeitos

De um total de 242 sujeitos que concordaram em participar da pesquisa, 221 concluíram todas as etapas da coleta, uma vez que os 21 excluídos referiam-se àqueles que não atingiram o escore no Mini-exame do Estado Mental de Folstein de “função cognitiva preservada”, fator esse primordial para continuidade da aplicação dos demais instrumentos.

Através do índice de capacidade funcional abstraído do instrumento de avaliação de atividades instrumentais de vida diária (Lawton), demonstrou que 90,5% dos pacientes geriátricos que compunham a amostra eram considerados independentes (Gráfico 1).

Gráfico 1- Distribuição da capacidade funcional referida pelos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.



A tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas relatadas pelos 221 participantes do estudo, os quais possuíam idade média de 70,9 anos (D.P. = 7,574; alcance 60 – 90; variância = 57,368). E as especialidades fisioterapêuticas mais prevalentes foram demonstradas na tabela 2, onde a maioria dos pacientes referiu ter conhecimento de seu diagnóstico clínico (77,4%).

Tabela 1- Características sócio-demográficas dos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.

<b>VARIÁVEIS</b>	
<b>Idade</b> , média em anos $\pm$ D.P.	70,9 $\pm$ 7,574
<b>Sexo</b> , n (%)	
Masculino	52 (23,5)
Feminino	169 (76,5)
<b>Estado civil</b> , n (%)	
Casado	110 (49,8)
Outros	111 (50,2)
<b>Reside com</b> , n (%)	
Familiares	149 (67,4)
Cônjuge	55 (24,9)
Sozinho	9 (4,1)
Outros	8 (3,6)
<b>Nível de escolaridade</b> , n (%)	
Analfabeto	7 (3,2)
1º grau incompleto	59 (26,7)
1º grau completo	37 (16,7)
2º grau incompleto	20 (9,0)
2º grau completo	56 (25,3)
Superior	42 (19,0)
<b>Renda familiar</b> , n (%)	
1 a 3 salários mínimos	60 (27,1)
4 a 6 salários mínimos	59 (26,7)
7 a 10 salários mínimos	58 (26,2)
Mais de 10 salários mínimos	44 (19,9)

Tabela 2 - Distribuição das especialidades fisioterapêuticas referentes ao tratamento ambulatorial recebido pelos pacientes idosos na amostra das clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.

<b>ESPECIALIDADE FISIOTERAPÊUTICA</b>	<b>n (%)</b>
Reumatologia	106 (48,0)
Ortopedia/traumatologia	82 (37,1)
Neurologia	13 (5,9)
Respiratória	9 (4,1)
Estética	2 (0,9)
Oncologia	1 (0,5)
Mastologia	1 (0,5)
Outros	7 (3,2)

A tabela 3 demonstra as características da assistência fisioterapêutica recebida pelos pacientes idosos, os quais tinham realizado em média 18 sessões de fisioterapia (D.P. = 15,110; alcance 5 – 60; variância = 228,299) na clínica onde seus dados foram coletados.

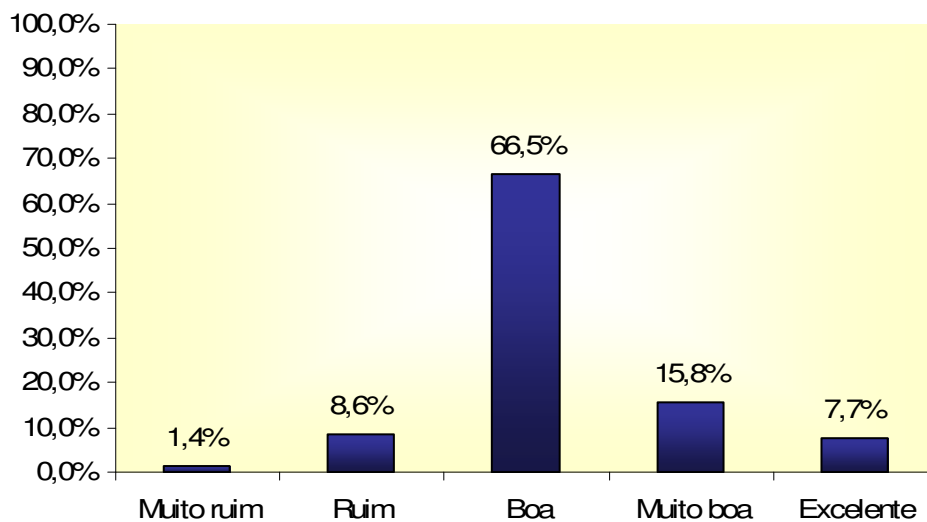


Tabela 3- Características da assistência recebida pelos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.

<b>VARIÁVEIS</b>	
<b>Indicação da clínica através de, n (%)</b>	
Médico	94 (42,5)
Amigo	44 (19,9)
Catálogo telefônico	2 (0,9)
Catálogo de plano de saúde	25 (11,3)
Paciente anterior	22 (10,0)
Outros	34 (15,4)
<b>Primeira experiência com a Fisioterapia, n (%)</b>	
Sim	56 (25,3)
Não	165 (74,7)
<b>Primeira experiência na clínica, n (%)</b>	
Sim	132 (59,7)
Não	89 (40,3)
<b>Sessões realizadas, média ± D.P.</b>	18 ±15,110
<b>Fisioterapeutas por paciente, n (%)</b>	
1	134 (60,5)
2	54 (24,4)
3	26 (11,8)
4	4 (1,8)
5	3 (1,4)
<b>Sexo do fisioterapeuta, n (%)</b>	
Masculino	18 (8,1)
Feminino	176 (79,5)
Masculino e Feminino	27 (12,2)

A percepção do estado de saúde referida pelo paciente, segundo item “Em geral, você diria que sua saúde é:” integrante do instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36, demonstrou que 66,5% relataram sua saúde como boa (Gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição da percepção do estado de saúde referida pelos 221 pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.



## 4.2 Confiabilidade

A confiabilidade calculada para as medidas obtidas com o instrumento no estudo direcionado a uma população específica (geriátrica), através do Coeficiente alfa de Cronbach, estabeleceu  $\alpha = 0,943$ .

A tabela 4 apresenta o resultado da análise de confiabilidade dos itens e o coeficiente alfa resultante se cada um dos itens fosse eliminado do instrumento. É possível observar que os itens relacionados com a interação terapeuta-paciente são os que contemplam, em sua maioria, as melhores correlações com os demais itens, assim como o item de satisfação global (21) e conforto do ambiente em que se realiza a fisioterapia (18). Já os itens acerca da conveniência, como localização e estacionamento, nesta ordem, foram os que representaram as correlações mais baixas com os demais (0,367 e 0,505, respectivamente). O item referente à localização eleva, embora sutilmente, a confiabilidade caso seja eliminado do instrumento.

Tabela 4 – Análise na confiabilidade com cada uma das questões eliminadas do instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia aplicado em população idosa.

<b>Número da questão eliminada</b>	<b>Média da escala</b>	<b>Correlação total do item</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
1	86,62	0,671	0,940
2	86,51	0,718	0,940
3	86,55	0,631	0,941
4	86,19	0,708	0,940
5	86,17	0,650	0,941
6	86,41	0,663	0,940
7	86,48	0,670	0,940
8	86,62	0,629	0,941
9	86,50	0,650	0,941
10	86,39	0,593	0,941
11	86,52	0,640	0,941
12	86,47	0,692	0,940
13	86,49	0,623	0,941
14	86,64	0,625	0,941
15	86,75	<b>0,367</b>	<b>0,945</b>
16	87,01	<b>0,505</b>	0,943
17	86,77	0,662	0,940
18	86,71	0,707	0,940
19	86,57	0,634	0,941
20	86,68	0,676	0,940
21	86,33	0,720	0,940
22	85,97	0,551	0,942
23	85,90	0,576	0,942

### 4.3 Análise fatorial

O estudo da adequação da amostra ( $KMO = 0,924$ ) indicou a pertinência do modelo fatorial, uma vez que o valor representativo indica que o conjunto de dados considerados são fortemente desejáveis para análise fatorial. O Teste de esfericidade de Barlett demonstrou valor significativo ( $0,0001$ ) implicando que os dados têm multivariabilidade aproximadamente normal e também aceitáveis para análise fatorial <sup>60</sup>.

Em busca da determinação do fator de maior realce para a qualidade da assistência fisioterapêutica prestada procedente das dimensões obtidas entre os diversos indicadores da satisfação do paciente, foi utilizado como método de extração a Análise de Componentes Principais com 4 fatores retidos de autovalor maior que 1.

Os componentes extraídos, a variação explicada para cada fator e a variação acumulada, juntamente com os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach para cada componente são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Variância total explicada e o coeficiente de confiabilidade para cada item extraído do instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia aplicado em população idosa.

<b>Componentes*</b>	<b>Autovalor</b>	<b>Percentual de variação total explicada</b>	<b>Percentual acumulado de variação total explicada</b>	<b>Alfa (<math>\alpha</math>)</b>
<b>1</b>	10,491	45,614	45,614	0,901
<b>2</b>	1,626	7,072	52,686	0,888
<b>3</b>	1,299	5,650	58,336	0,835
<b>4</b>	1,165	5,067	63,402	0,711

\*Componente 1: Interação paciente-terapeuta (7 itens); Componente 2: Acesso e atendimento da recepcionista e do pessoal de apoio (8 itens); Componente 3: Ambiente físico e satisfação global (5 itens); Componente 4: Conveniência (3 itens).

Na Tabela 6 é possível observar os itens retidos em cada componente extraído após a rotação oblíqua, sendo o primeiro componente relacionado aos aspectos interpessoais na relação paciente-terapeuta, o segundo referente ao acesso do paciente à assistência e ao atendimento da recepcionista e do pessoal de apoio, o terceiro referente ao ambiente físico e satisfação global, e o quarto referente à conveniência.

Os aspectos geradores de satisfação do paciente apresentados na tabela 7 demonstram, através de análise descritiva, que os itens referentes à relação terapeuta-paciente foram os mais relevantes através dos elevados escores de satisfação completa, especialmente àqueles referentes a 'gentileza do fisioterapeuta' (85,5%) e ao 'respeito com que o paciente é tratado pelo fisioterapeuta' (84,2%). Já os itens relacionados com aspectos gerais de acesso e conveniência da clínica, não obtiveram altas associações com a satisfação, principalmente nos itens relativos à 'disponibilidade do estacionamento' (39,9%) e ao 'conforto na sala de espera' (50,6%).

No geral, foi possível observar, através do elevado percentual de 76,9% de satisfação completa expressada ao item 21, que a população estudada apresentou-se satisfeita com a assistência fisioterapêutica recebida nas clínicas pesquisadas no município de Natal/RN.

Tabela 6. Matriz de componentes rotacionados do instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a fisioterapia aplicado em pacientes idosos.

Itens	Componentes			
	1	2	3	4
Esclarecimento de suas dúvidas pelo fisioterapeuta	0,765			
Segurança transmitida pelo fisioterapeuta durante o tratamento	0,750			
Gentileza do fisioterapeuta	0,730			
O respeito com que você é tratado pelo fisioterapeuta	0,723			
Explicações oferecidas com clareza pelo fisioterapeuta	0,705			
sobre o seu tratamento no primeiro contato				
Oportunidade dada pelo fisioterapeuta na avaliação do seu problema	0,673			
Aprofundamento do fisioterapeuta na avaliação do seu problema	0,568			
Facilidade na marcação das sessões após o primeiro atendimento		0,799		
Facilidade na marcação do seu primeiro atendimento		0,783		
Após indicação e autorização				
Disponibilidade de horários convenientes para realização do seu tratamento		0,731		
Privacidade respeitada durante sua sessão de fisioterapia		0,597		
Gentileza e disponibilidade no atendimento da recepcionista		0,571		
Conforto do ambiente onde você realiza a fisioterapia		0,533		
Tempo de permanência na sala de espera após o horário marcado		0,507		
Gentileza dos outros membros da equipe		0,506		
Você retornaria para esta clínica se no futuro precisar de tratamento fisioterapêutico			0,829	
Você recomendaria esta clínica para familiares e amigos			0,813	
Condições gerais de higiene da clínica			0,540	
Facilidade para transitar dentro das instalações da clínica			0,480	
Satisfação geral de sua experiência com a fisioterapia			0,468	
Conveniência na localização da clínica para você				0,792
Disponibilidade do estacionamento para você				0,780
Conforto na sala de espera				0,521

Tabela 7- Estatística descritiva dos itens referentes aos aspectos geradores de satisfação dos pacientes idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico ambulatorial na amostra de clínicas particulares estudadas do município de Natal/RN, no período de Fevereiro a Abril, 2007.

Itens do instrumento	Satisfação completa		Sem satisfação completa		Total %
	N	%	N	%	
1- Explicações oferecidas com clareza pelo fisioterapeuta sobre o seu tratamento no primeiro contato.	133	60,2	88	39,8	100
2- Segurança transmitida pelo fisioterapeuta durante o tratamento.	147	66,5	74	33,5	100
3- Esclarecimento de suas duvidas pelo fisioterapeuta.	143	64,7	78	35,3	100
4- Gentileza do fisioterapeuta.	189	85,5	32	14,5	100
5- O respeito com que você é tratado pelo fisioterapeuta.	186	84,2	35	15,8	100
6-Privacidade respeitada durante sua sessão de fisioterapia.	164	74,2	57	25,8	100
7- Oportunidade dada pelo fisioterapeuta para expressar sua opinião.	150	67,9	71	32,1	100
8- Aprofundamento do fisioterapeuta na avaliação do seu problema.	132	59,7	89	40,3	100
9- Gentileza dos outros membros da equipe.	154	69,7	67	30,3	100
10- Gentileza e disponibilidade no atendimento da recepcionista.	164	74,2	57	25,8	100
11- Facilidade na marcação do seu primeiro atendimento após indicação e autorização.	151	68,3	70	31,7	100
12- Facilidade na marcação das sessões após o primeiro atendimento.	160	72,4	61	27,6	100
13- Disponibilidade de horários convenientes para realização de seu tratamento.	155	70,1	66	29,9	100
14- Tempo de permanência na sala de espera após o horário marcado.	138	62,4	83	37,6	100
15- Conveniência na localização da clínica para você.	127	57,5	94	42,5	100
16- Disponibilidade do estacionamento para você.	88	39,9	133	60,1	100
17- Conforto da sala de espera.	112	50,6	109	49,4	100
18- Conforto do ambiente onde você realiza a fisioterapia.	122	55,2	99	44,8	100
19- Condições gerais de higiene da clínica.	139	62,9	82	37,1	100
20- Facilidade para transitar dentro das instalações da clínica.	131	59,3	90	40,7	100
21- Satisfação geral da sua experiência com a fisioterapia	170	76,9	51	23,1	100
22- Você retornaria para esta clínica, se no futuro precisar de tratamento fisioterapêutico.	211	95,4	10	4,6	100
23- Você recomendaria esta clínica para familiares e amigos.	216	97,7	5	2,3	100



#### 4.4 Análise Bivariada

Na análise bivariada observou-se a existência de associação entre duas das categorias de variáveis estudadas na amostra (sócio-demográficas, estado de saúde percebido e capacidade funcional) e a satisfação do paciente idoso com a assistência fisioterapêutica recebida. Esta associação foi significativa com o sexo e o estado civil. As tabelas 8A e 8B apresentam as análises de regressão das variáveis sócio-demográficas estudadas. E a tabela 9 a análise da percepção do estado de saúde e capacidade funcional.

Tabela 8A- Associação entre as variáveis sócio-demográficas e a satisfação do paciente idoso com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, em clínicas particulares do município de Natal /RN, 2007.

VARIÁVEIS	SEM SATISFAÇÃO COMPLETA		COM SATISFAÇÃO COMPLETA		p
	(N)	(%)	(N)	(%)	
<b>IDADE</b>					0,171
60 a 75 anos	39	76,5	116	68,2	
> de 75 anos	12	23,5	54	31,8	
<b>SEXO</b>					0,001
Masculino	21	41,2	31	18,2	
Feminino	30	58,8	139	81,8	
<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>					0,418
Fundamental/ Médio	21	41,2	75	44,1	
Superior	30	58,8	95	55,9	

Tabela 8B- Continuação

VARIÁVEIS	SEM SATISFAÇÃO COMPLETA		COM SATISFAÇÃO COMPLETA		P
	(N)	(%)	(N)	(%)	
<b>RENDA</b>					0,402
1 a 3 salários	15	29,4	45	26,5	
> 3 salários	36	70,6	125	73,5	
<b>ESTADO CIVIL</b>					0,002
Casado	35	68,6	75	44,1	
Outros	16	31,4	95	55,9	

Tabela 9 - Associação entre a percepção do estado de saúde e capacidade funcional e a satisfação do paciente idoso com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, em clínicas particulares do município de Natal/RN, 2007.

VARIÁVEIS	SEM SATISFAÇÃO COMPLETA		COM SATISFAÇÃO COMPLETA		p
	(N)	(%)	(N)	(%)	
<b>PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE</b>					0,419
Não satisfeito	38	74,5	131	77,0	
Satisfeito	13	25,5	39	33,0	
<b>CAPACIDADE FUNCIONAL</b>					0,441
Independente	47	92,1	153	90,0	
Capacidade com assistência	4	7,9	17	10,0	

#### 4.5 Análise Multivariada

No sentido de verificar a magnitude de associação das variáveis estudadas com a satisfação de idosos com o atendimento fisioterapêutico, realizou-se um processo de modelagem mediante regressão logística binária considerando os potenciais fatores preditores da satisfação, e tendo como variável dependente a

resposta dicotômica “com satisfação completa” e “sem satisfação completa”, considerando esta última como referência para o modelo.

Sendo assim, a análise multivariada permitiu a predição dos valores tomados de forma confirmatória das associações apresentadas anteriormente, com exceção do estado civil que não foi associado neste segundo momento enquanto componente do modelo proposto. Com relação ao sexo dos pacientes a análise demonstrou que as mulheres tendem a estar aproximadamente três vezes mais satisfeitas que os homens quando ajustadas pelas demais variáveis (tabela 10).

Tabela 10- Análise multivariada das associações entre as variáveis sócio-demográficas, percepção do estado de saúde, capacidade funcional e a satisfação do paciente idoso com o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, em clínicas particulares do município de Natal RN, 2007.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>OR Bruta (IC 95%)</b>	<b><i>p</i></b>	<b>OR Ajustada (IC 95%)</b>	<b><i>P</i></b>
Idade	1,025 (0,982- 1,069)	0,263	1,018 (0,972- 1,067)	0,446
Sexo	3,139 (1,590- 6,196)	0,001	2,910 (1,324- 6,395)	0,008
Nível de escolaridade	0,887 (0,470- 1,672)	0,710	0,935 (0,452- 1,934)	0,856
Renda	1,157 (0,579- 2,312)	0,679	1,768 (0,784- 3,986)	0,170
Estado civil	2,771 (1,426- 5,385)	0,003	1,958 (0,921- 4,161)	0,081
Capacidade funcional	1,306 (0,419- 4,071)	0,646	1,416 (0,408- 4,919)	0,584
Percepção do estado de saúde	1,149 (0,557- 2,371)	0,707	1,011 (0,459- 2,227)	0,979

## 5 DISCUSSÃO

A avaliação da satisfação do paciente tem emergido como um dos principais objetivos quando se pretende otimizar a assistência e ajustar a prestação dos serviços especialmente quando há uma alteração do perfil demográfico com forte impacto sobre o sistema de saúde ora vigente.

Os resultados obtidos no estudo da confiabilidade do instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia indicaram que o mesmo é suficientemente confiável para mensuração da qualidade do serviço de assistência ambulatorial ao paciente idoso. A confiabilidade calculada a partir do Coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,943$ ) que refere-se à habilidade do instrumento em prover resultados consistentes nas repetidas utilizações do mesmo e é considerado a mensuração básica para confiabilidade<sup>60, 62</sup>, excedeu satisfatoriamente àqueles valores propostos como critério para estudos de natureza exploratória<sup>58,59</sup>. Nunnally (1978) apud Mostafa, 2005<sup>63</sup> sugeriu que um valor de Alfa de 0,7 é aceitável.

Elevados valores para a consistência interna também puderam ser observados na análise da homogeneidade das dimensões extraídas a partir da análise fatorial. Dentre as sub-escalas, interpretadas no estudo da validade do instrumento, apenas aquela referente à conveniência não apresentou confiabilidade tão satisfatória quanto as demais. É possível que este fato seja atribuído ao reduzido número de itens retidos neste fator<sup>9, 54</sup>, ou mesmo por este revelar pouca importância diante dos demais fatores valorizados pela população idosa que busca uma assistência que contribua com suas necessidades físico-emocionais.

A correlação dos itens da sub escala que abrange principalmente aspectos relacionados a interação fisioterapeuta-paciente emergiu como melhor preditora de satisfação do paciente idoso com a assistência recebida. Tal resultado é suportado pela literatura a qual indica este domínio como o mais consistente e principal componente associado com a satisfação do paciente com a fisioterapia <sup>9, 31, 35, 65, 66</sup>, em especial a população idosa.

As questões relativas à conveniência, como disponibilidade de estacionamento e localização da clínica, principalmente, apresentaram consistências internas mais baixas, assim como menor auto-valor da sub escala após extração dos 4 domínios. Tal perspectiva é fortemente elucidada na maioria dos estudos que não possuem o mesmo poder de retenção na mensuração do construto satisfação se comparadas aos demais itens e/ou domínios, principalmente à relação terapeuta-paciente <sup>9, 31, 35, 67, 68</sup>.

No entanto, Roush e Sonstroem (1999) <sup>69</sup> sustentaram que a satisfação do paciente é fortemente influenciada por fatores como localização e custo, e McIver (1991) <sup>70</sup> que propôs no contexto do paciente ambulatorial, a acessibilidade, o tempo de espera e a atitude do *staff* como componentes críticos para a satisfação do paciente. Rosal e Arin (2008) <sup>71</sup> relataram os aspectos organizacionais do serviço como o melhor reflexo do aumento ou diminuição dos níveis de satisfação global do usuário.

Hills e Kitchen (2007) <sup>72</sup> que avaliaram a satisfação com o ambulatório de fisioterapia no Reino Unido, comparando as opiniões dos pacientes na fase aguda e crônica de condições musculoesqueléticas mostraram que os pacientes eram, em geral, satisfeitos com os aspectos interpessoais, técnicos e organizacionais dos

cuidados de saúde, sendo as questões organizacionais os principais determinantes da satisfação para toda a amostra.

Ainda que o acesso, a utilização e a qualidade dos serviços de saúde sejam determinantes apenas parciais das condições de saúde, deve-se reconhecer que são fatores muito importantes para a construção de um sistema de prestação de serviços mais efetivo, eficiente e equitativo. Outro importante componente da qualidade dos serviços de saúde é a humanização do atendimento, que se expressa nas condições de acolhimento e acompanhamento do paciente pela equipe de saúde <sup>73</sup>.

A estrutura fatorial decorrente da análise deste estudo foi semelhante àquelas realizadas em pesquisas prévias no mesmo contexto sócio-cultural embora em população geral, ou seja, não estratificada em idade e com diferenças sutis quanto à distribuição de itens em cada componente <sup>9</sup>.

A dimensão mais amplamente difundida e fortemente relacionada com a avaliação da satisfação do paciente com respeito a qualidade do serviço prestado, reflete-se principalmente na comunicação e na expressão afetiva daquele que cuida. Tais pressupostos contribuem para satisfação do paciente com o tratamento e uma melhora no prognóstico até porque este último e a evolução do tratamento fisioterapêutico dependem diretamente da relação interpessoal entre o paciente e o fisioterapeuta. Adentramos assim no dilema existente entre a terapêutica clássica, a tecnologia dos aparelhos de ponta e um outro tipo de tratamento, um cuidado mais comunicativo <sup>23</sup>.

O que ocorre na maioria das instituições que prestam assistência à saúde é que se busca tratar o indivíduo doente olhando apenas para uma das partes- a doença, sendo esta, na maioria das vezes o seu corpo físico, deixando de lado a

atenção devida para essência do ser/pessoa e sua espiritualidade. Não se deve negligenciar na anamnese do paciente fatores que desvelam a origem do problema, podendo estes fazer parte de uma dimensão mais ampla e complexa que são suas necessidades abstratas, pois diversas doenças têm sua origem em problemas enfrentados no cotidiano que acabam sendo somatizados devido ao estresse emocional causados pelos mesmos. Comunicar-se pode ser a solução para esse tipo de situação, visto que falar sobre nossos problemas, expressar os sentimentos, socializar-se, enfim, interagir-se com outras pessoas que estejam preparadas simplesmente para ouvir ou falar, quando a situação lhe convier, é uma necessidade intrínseca do ser humano <sup>23</sup>.

*“Às vezes, um simples toque, um olhar carinhoso, um sorriso, um abraço, qualquer gesto que demonstre que determinada pessoa é importante, que nos preocupamos com esta, pode fazer a diferença na promoção da saúde”<sup>23</sup>*

Fitzpatrick <sup>74</sup> (1984) apud Sitzia e Wood (1997) propôs o modelo de satisfação, “the importance of emotional needs”, enfatizando a experiência emocional como uma importante problemática de saúde, sendo em parte devida à incerteza e à ansiedade. E, ainda, a inabilidade dos pacientes em julgar a competência técnica do profissional acerca dos aspectos técnicos refletindo assim a sua satisfação no comportamento afetivo e nas habilidades de comunicação do profissional.

Com uma visão de terapia mais humanística, podemos refletir acerca de um significado mais amplo de que vem a ser cuidar, colocando-o como um

momento de encontro e troca entre terapeuta e paciente, dimensionando para uma visão que associe emoção à técnica do profissional <sup>75</sup>. Esta habilidade que tem um indivíduo para lidar com as relações de forma adequada, que satisfaça as necessidades de cada um e as exigências da situação é o que chamamos de competência interpessoal <sup>76</sup>. Estudo prévio também indicou que os pacientes usam como referencial para avaliar a *performance* do profissional a qualidade das habilidades interpessoais <sup>9</sup>.

Friedman (1979) <sup>77</sup> já havia discutido que estas emoções envolvidas no processo da doença tornam os pacientes muito sensitivos, e que estes observam atentamente não somente as habilidades do profissional em comunicar-se verbalmente, mas também a comunicação não verbal que normalmente é operacionalizada de diversas maneiras. O tom da sua voz, o olhar, o sorriso, a expressão facial, o toque e a distância física são os principais sinais de uma comunicação não verbal que transmitem a idéia da existência de interação interpessoal entre as partes envolvidas no processo <sup>78-80</sup>. Em adição, a privacidade física pode ser vista como um importante elemento da comunicação não verbal, podendo exercer um grande impacto na qualidade da interação terapeuta-paciente <sup>70</sup>. Buller e Buller (1987) <sup>81</sup> acrescentaram ainda, que os profissionais que se comportam de maneira dominante e controlam o estilo da comunicação produzem menor satisfação em seus pacientes.

Outras pesquisas também suportaram tais considerações ao apontarem, que a satisfação com o tratamento é mais fortemente relacionada com as percepções do comportamento afetivo do prestador do serviço, que com fatores relativos às habilidades técnicas e aspectos administrativos <sup>9, 81, 82</sup>.



Apesar do grau de satisfação da amostra estudada ter demonstrado elevados escores de satisfação completa (ótimo, excelente), este pode ainda ter sido subestimado, uma vez que o escore “bom” foi incluído durante a dicotomização da escala como “sem satisfação completa”, assim vários itens nesta nova recategorização não apresentaram percepções negativas (ruim, péssimo), ou melhor, as questões 2,3,4,5,7,9,18 e 23 enquadraram apenas o “bom” na ausência de satisfação completa, sendo do 2 ao 7 relacionados com a interação terapeuta-paciente.

Como a satisfação do paciente pode ser influenciada por certos comportamentos relacionados com a saúde, a investigação tem tentado identificar seus principais determinantes e a atenção foi, durante um período, centrada sobre as características sócio-demográficas, em vez de atitudes ou fatores situacionais (por exemplo, a confiança no sistema de cuidados médicos e os sentimentos envolvidos), que podem predispor para satisfação com o atendimento recebido, tal como foi encontrado neste estudo a interação terapeuta-paciente como fator emergente. Os resultados de uma pesquisa demonstram que certos fatores de predisposição (confiança no sistema de cuidados médicos, possuir uma fonte regular de cuidado, e estarem satisfeitos com a vida) são preditores mais importantes da satisfação que a idade, sexo, raça, nível educacional, ou renda do paciente <sup>84</sup>.

No entanto, a grande maioria dos estudos sugerem influência das variáveis sócio-demográficas na satisfação do paciente <sup>10, 36, 38, 66, 85</sup>. Uma análise de variância foi indicativa de que as avaliações da satisfação do paciente são significativamente diferentes entre as características sócio-demográficas, com exceção do estado civil e localização. Estes achados sugerem que a satisfação dos pacientes difere significativamente ao longo da idade, graduação, gênero, educação, raça, estado de

saúde, e utilização individual, mas enfatiza que esta diferença prevê apenas 5% de satisfação dos pacientes <sup>86</sup>.

No contexto cultural estudado, foi possível observar que determinados fatores sócio-demográficos podem influenciar no nível de satisfação percebida pelos pacientes que recebem tratamento fisioterapêutico ambulatorial. Hsieh e Kangle (1991) <sup>87</sup> relatam que apesar dos fatores sócio-demográficos, estado de saúde e forma de administração dos serviços não serem fortes preditores da satisfação do paciente, os dados sugerem que os subgrupos podem ter expectativas e níveis diferentes de satisfação com a assistência à saúde.

Ramírez et al. (1998) <sup>88</sup> acrescentam que as diferenças encontradas entre os fatores sócio-demográficos associados aos perfis de má qualidade indicam que cada grupo populacional tem uma percepção própria dos aspectos que modulam sua interação com os provedores.

As variáveis estudadas referentes aos determinantes sócio-demográficos, como possíveis preditores da satisfação, não foram diferentes daquelas apresentadas desde o estudo de Hall e Dornan (1990) <sup>36</sup>, os quais citam como variáveis de possível influência na satisfação com a qualidade do serviço: idade, sexo, renda familiar e nível de escolaridade. Acrescentamos ainda neste estudo o estado civil por analisarmos uma população específica e com possibilidade de avaliar a interferência ocasionada por esta variável.

A idade, como variável sócio-demográfica, tem sido um aspecto fortemente discutido na maioria dos estudos, demonstrando significativa associação com a satisfação dos pacientes quando comparadas às demais variáveis sócio-demográficas, sugerindo que os pacientes mais velhos estariam mais satisfeitos <sup>30, 36-39, 41, 71</sup>. Nossos achados parecem ser contraditórios com aqueles suportados em

outros estudos, não sendo evidenciada associação entre idade e satisfação geral, porém temos de levar em consideração que trabalhamos com uma população distinta que contempla a faixa etária de idosos acima de 60 anos que já é considerada a mais satisfeita, logo, nossa investigação relaciona-se à variação de opinião dentro desse grupo, o que é suportado pelo estudo de Jaipaul e Rosenthal (2003) <sup>89</sup> que investigaram a relação entre a idade e a satisfação do paciente em população específica (ex: acima de 65 anos) e não perceberam distinção entre idosos mais jovens e idosos mais idosos.

Estudos desenvolvidos por Plomondon et al. (2003) <sup>90</sup> têm apontado a inexistência de associação entre a satisfação geral e a idade do paciente que recebe assistência à saúde. Esses resultados além de suportarem também nossos achados, indicam uma nova direção no sentido de uma melhor investigação na inter-relação da idade com outros fatores na predição de satisfação.

Os nossos resultados ao apontarem maior grau de satisfação relacionado com o sexo feminino, são suportados por Pascoe et al. (1988) <sup>91</sup>, Hsieh e Kangle (1991) <sup>87</sup> e Mendonça et al. (2006) <sup>10</sup> que em estudos anteriores evidenciaram o sexo feminino como variável preditora de altos níveis de satisfação. Apesar de Sitzia e Wood (1997) <sup>38</sup> em metanálise de cem estudos que investigaram os fatores que influenciam na satisfação apontarem que o sexo do paciente parece não exercer influência no seu grau de satisfação, no entanto esse aspecto não parece conclusivo, pois estes autores citaram referências que indicavam relativa associação da satisfação com o sexo masculino. Hall e Dornan (1990) <sup>36</sup> também indicaram a inexistência de associação consistente e significativa entre o gênero e a satisfação.

A inexistência de associação entre os mais altos níveis de escolaridade e a satisfação completa expressada, pelos pacientes estudados, são consistentes com

os achados na literatura, que apontam uma maior satisfação relacionada com baixos níveis de educação <sup>10, 36, 38, 92</sup>. E a renda familiar considerada na maioria dos estudos como *status* social tem apresentado relação menos consistente com a satisfação de usuários dos serviços de saúde em relação às demais variáveis comumente estudadas <sup>38</sup>.

De acordo com Moret et al, (2007) <sup>7</sup> a idade, gênero, etnia, grau de instrução, estado civil, condições de admissão e estado de saúde estão associados à satisfação. Fato esse que não pode ser integralmente detectado nesta pesquisa dentre eles o estado civil que, embora tenha sido significativo na análise bivariada, o mesmo não ocorreu quando foi gerado o modelo explicativo adotado na regressão logística binária.

O Programa de Participação do Paciente (PPP), criado na Austrália para realização de inquérito a respeito da satisfação do paciente foi concebido para ajudar os médicos generalistas na melhoria contínua da qualidade e realizou o levantamento durante 10 anos por 3.500 praticantes em mais de um milhão de pacientes entre 1994 e 2003. Os participantes apresentaram níveis mais elevados de satisfação com o sexo masculino, mais velhos, que não frequentavam outros profissionais ou que tivessem um menor tempo de tratamento. Houve um elevado nível de satisfação com a prática geral da Austrália (99% dos inquiridos) e concluíram que um estudo mais útil seria mais sensível se detectasse os pareceres negativos do paciente e proporcionasse um feedback integrado às demais variáveis <sup>93</sup>.

A associação entre a satisfação do paciente geriátrico e o estado de saúde percebido, tema que tem sido contemporaneamente o mais estudado na área médica a respeito da satisfação, não foi significativa no nosso estudo, o qual foi

respaldado por Marshall et al. (1996)<sup>94</sup> que relataram que a satisfação do paciente era independentemente relacionada com a percepção do estado de saúde, e Zapka et al. (1995)<sup>95</sup> evidenciaram que os relatórios de qualidade e desempenho do sistema de saúde dos pacientes eram significativamente relacionados com a satisfação do paciente e independentemente relacionados com a percepção do estado de saúde.

Segundo Cohen, (1996)<sup>37</sup> a insatisfação diminuiu acentuadamente com a idade, e embora mais sutil, também mostrou uma associação significativa com as medidas do estado de saúde e fatores psicossociais. As direções opostas das associações de satisfação com idade mais avançada e mais pobres da saúde, respectivamente, bem como a necessária correlação entre idade e saúde, implicam que os efeitos do estado de saúde e idade com a satisfação devem ser estimados a partir de um modelo multivariado.

Porém a grande maioria das pesquisas atuais têm sido coerentes com uma adequada interação<sup>7, 8, 85, 89, 96-98</sup>, como explicita Hall et al. (1990)<sup>99</sup>; Hall et al. (1993)<sup>100</sup> que estudaram os fatores causais da relação da percepção de saúde e satisfação de pacientes idosos e acharam forte evidência de que o estado de saúde é uma causa determinante de satisfação, mas não excluíram a possibilidade de que os médicos poderiam mediar os efeitos da satisfação. Rex et al. (2001)<sup>101</sup> indicaram que o estado de saúde do paciente é significativamente associado com a satisfação com o cuidado, justificando que pacientes com melhor estado de saúde são provavelmente mais satisfeitos com a assistência recebida. Embora a satisfação com o cuidado seja tanto consequência quanto determinante do estado de saúde, os efeitos desse estado na satisfação parece ser mais importante que os efeitos da satisfação no estado de saúde. Sendo assim, mais pesquisas são necessárias para

uma melhor compreensão da relação dinâmica entre o estado de saúde e a satisfação com o cuidado de saúde.

A relação entre a capacidade funcional e a satisfação do paciente não tem sido tão amplamente estudada como o estado de saúde, porém já existem algumas evidências de que, embora seja fraca ou pouco consistente, há relação entre essa variável e a satisfação do paciente<sup>37, 96, 97</sup>. No entanto, este fato não foi respaldado por este estudo.

Um fato que deve ser levado em consideração é que a grande maioria das pesquisas relacionadas à associação entre a satisfação do paciente e sua percepção do estado de saúde e capacidade funcional levam em consideração a avaliação com o resultado clínico, diferentemente do perfil deste estudo que refere-se à continuidade (processo) do cuidado da assistência fisioterapêutica prestada a uma população idosa, caracterizada por acometimentos crônicos. Com exceção do estudo de Fan et al. (2004)<sup>85</sup> que também avaliou a continuidade do cuidado, no entanto estes autores afirmaram que parece haver uma interação complexa entre a continuidade da assistência e a satisfação do paciente com o cuidado e que esta interação pode depender do ambiente clínico, das características dos pacientes como idade e estado de saúde bem como outros fatores relativos aos provedores.

Donabedian tem provido um modelo baseado na estrutura, processo, e resultado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. A estrutura refere-se aos atributos da organização do cuidado e às condições com que o cuidado é provido; o processo relata as atividades profissionais associadas com o cuidado, e os resultados denotam os efeitos do cuidado<sup>8</sup>. Sendo assim, justifica a premissa de que a adoção do modelo de 'processo', proposto para o estudo, pode alterar o

padrão de avaliação da qualidade da assistência prestada se comparado aos estudos que avaliaram o modelo de 'resultado'.

Por fim, acredita-se que para se alcançar a satisfação do paciente além da qualidade do profissional e da infra-estrutura didática e operacional da clínica, é necessária que seja implantada uma política para o processo de transformação social do homem, que revele a ética médica e que considere com dignidade o real compromisso do profissional das áreas de saúde, procurando estabelecer a responsabilidade pelo bem estar social dos pacientes <sup>20</sup>.

## 6 CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos para o estudo das dimensões da satisfação do paciente geriátrico com a assistência fisioterapêutica ambulatorial pode-se concluir que:

- Os resultados obtidos no estudo da confiabilidade do instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia ambulatorial, indicaram a pertinência da sua utilização na avaliação do processo da assistência da população idosa;
- A análise fatorial determinou, através da extração de componentes para determinação do fator de maior realce para a qualidade da assistência fisioterapêutica, a existência de quatro dimensões para o construto satisfação do paciente idoso com a fisioterapia: Interação paciente-terapeuta (7 itens); acesso e atendimento da recepcionista e do pessoal de apoio (8 itens); ambiente físico e satisfação global (5 itens); e conveniência (3 itens). A dimensão que reúne os aspectos interpessoais da assistência, especialmente aqueles relativos à 'gentileza do fisioterapeuta', ao 'respeito com que o paciente é tratado pelo fisioterapeuta' e às habilidades de comunicação do fisioterapeuta, parecem identificar e emergir os principais aspectos que melhor correlacionam a satisfação do paciente idoso com a assistência fisioterapêutica recebida.
- Os pacientes do sexo feminino tendem a apresentar maiores níveis de satisfação com a assistência fisioterapêutica ambulatorial recebida;
- A percepção do estado de saúde e capacidade funcional não foram associadas com a satisfação do paciente idoso no contexto sócio-cultural estudado.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos usuários em relação aos serviços demonstra a sua capacidade de perceber as mudanças e é no cotidiano que estão as oportunidades de aprendizagem coletiva, pois seja qual for a proposta de melhoria da qualidade de assistência, faz-se necessária a implementação de formas de avaliação.

Sendo assim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a adequação da dinâmica de funcionamento da assistência e servir de base para o planejamento e a estruturação de outros serviços de fisioterapia voltados para a atenção à saúde do idoso, uma vez que, com a demanda crescente do segmento etário mais envelhecido, a rede de serviços de saúde deve adaptar-se ao atual perfil demográfico e epidemiológico, ampliando a oferta de atendimento especializado de geriatria com forte enfoque na reabilitação.

Como profissionais de saúde, cuja prestação de serviços é orientada para necessidades de nossos pacientes, acreditamos que a prioridade do usuário na avaliação e melhoria da qualidade garanta e cumpra plenamente as suas expectativas como base essencial para prestação de uma assistência ideal. O trabalho em equipe, com ênfase na qualidade e orientada para o paciente, em especial o idoso, permitir-nos partilhar experiências e enriquecer as pessoas, reforçando a motivação e o compromisso.

A expectativa é que esses resultados obtidos proporcionem uma reflexão por parte dos profissionais que lidam principalmente com os idosos, acerca do desejo de uma visão mais humanística e personalizada do paciente, assim como uma abordagem integral de suas necessidades físicas, mentais e espirituais e que

contribuam para um momento de troca entre o terapeuta e o paciente pela associação da emoção e a técnica profissional.

As publicações advindas destas investigações (Apêndices 1, 2 e 3) têm proporcionado um caminho bastante pertinente para os prestadores da assistência fisioterapêutica, especialmente no Brasil, visto a adequação cultural no qual estão inseridos os sujeito-atores do processo que direciona a adaptação e o incremento na otimização do serviço baseado nas expectativas e desejos do usuário idoso.

Até o presente momento, a maior parte dos estudos de satisfação têm focado na avaliação com o resultado, fato que deve ser levado em consideração uma vez que a avaliação neste estudo se realizou com o processo da assistência de acordo com o instrumento disponível e validado para população brasileira. Faz-se necessário estudos de seguimento que possam avaliar os atributos dos resultados da assistência fisioterapêutica através de uma adequação de instrumento para tal fim.

**8 ANEXOS**

## Anexo 1- AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (MINI MENTAL STATE EXAMINATION)

Paciente \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

Agora vamos fazer algumas perguntas para saber como vai a sua memória. Sabemos que com o tempo, as pessoas vão tendo mais dificuldade para se lembrar das coisas. Não se preocupe com o resultado das perguntas.

### ORIENTAÇÃO TEMPORAL

Dia da semana Certo ( ) Errado ( )  
 Mês Certo ( ) Errado ( )  
 Data do mês Certo ( ) Errado ( )  
 Ano Certo ( ) Errado ( )  
 Hora aproximada Certo ( ) Errado ( )

Score (máximo cinco pontos) \_\_\_\_\_

(Para o dia do mês admite-se uma tolerância de um dia a mais ou a menos. Com relação às horas sem olhar para o relógio, admite-se uma tolerância de uma hora a mais ou a menos)

### ORIENTAÇÃO ESPACIAL- Onde estamos

Local em que se encontra Certo ( ) Errado ( ) ( CREAM, Clínica, Hospital etc)  
 Local específico Certo ( ) Errado ( ) (sala, consultório etc)  
 Bairro ou rua próxima Certo ( ) Errado ( )  
 Cidade Certo ( ) Errado ( )  
 Estado Certo ( ) Errado ( )

Score (máximo cinco pontos) \_\_\_\_\_

### REGISTRO- Repita as seguintes palavras

Vaso Certo ( ) Errado ( )  
 Carro Certo ( ) Errado ( )  
 Tijolo Certo ( ) Errado ( )

Score (máximo três pontos) \_\_\_\_\_

(Caso o paciente repita as três palavras em qualquer ordem, computa-se três pontos. Cada palavra 1 ponto)

### CÁLCULO E ATENÇÃO

### Soletre MUNDO de trás para frente

100 - 7 = _____	Certo ( ) Errado ( )	<b>O</b> Certo ( ) Errado ( )
93 - 7 = _____	Certo ( ) Errado ( )	<b>D</b> Certo ( ) Errado ( )
86 - 7 = _____	Certo ( ) Errado ( )	<b>N</b> Certo ( ) Errado ( )
79 - 7 = _____	Certo ( ) Errado ( )	<b>U</b> Certo ( ) Errado ( )
72 - 7 = _____	Certo ( ) Errado ( )	<b>M</b> Certo ( ) Errado ( )

Caso o paciente não aceite fazer esse tipo de cálculo, pode-se utilizar um equivalente p. ex. soletrar de trás para a frente uma palavra de cinco letras como MUNDO. Solicita-se inicialmente que o paciente soletre a palavra em ordem normal para prepará-lo para repetir a palavra de trás para a frente. Conta-se 1 ponto para cada letra correta na ordem correta. Se ocorrer algum erro, não serão computados os pontos para as letras a partir do ponto do erro.

Score (máximo 5 pontos) \_\_\_\_\_

### MEMÓRIA RECENTE: Quais foram as palavras que eu pedi que você repetisse há pouco?

1.Vaso Certo ( ) Errado ( )  
 2.Carro Certo ( ) Errado ( )  
 3.Tijolo Certo ( ) Errado ( )

Score (máximo três pontos) \_\_\_\_\_

**LINGUAGEM** – Vou lhe mostrar dois objetos para que você me diga o nome deles

Relógio Certo ( ) Errado ( )

Caneta Certo ( ) Errado ( )

**LINGUAGEM** – Por favor, repita a seguinte frase:

**“Nem aqui, nem ali, nem lá”** Certo ( ) Errado ( )

Escore (máximo um ponto) \_\_\_\_\_

**COMANDO DE TRES ESTÁGIOS** – Pegue este papel com a mão direita, dobre-o pela metade e coloque-o em cima da mesa.

Pegar o papel com a mão direita Certo ( ) Errado ( )

Dobrar pela metade Certo ( ) Errado ( )

Colocar sobre a mesa Certo ( ) Errado ( )

Escore (máximo três pontos) \_\_\_\_\_

**LEIA ESSA FRASE E FAÇA O QUE ELA PEDE:**

**“FECHE OS OLHOS”**

Escore (máximo um ponto) \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, ESCREVA OU DIGA UMA FRASE OU PENSAMENTO QUALQUER.**

---



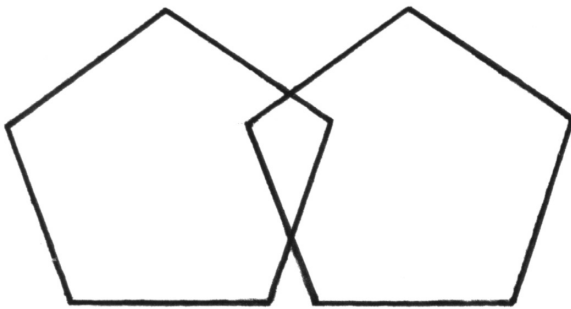
---



---

Escore (máximo um ponto) \_\_\_\_\_

**AGORA TENTE COPIAR ESSE DESENHO**



Escore (máximo um ponto) \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** Analfabeto( ) Fundamental 1<sup>a</sup>( ) 2<sup>a</sup>( ) 3<sup>a</sup>( ) 4<sup>a</sup>( ) médio 5<sup>a</sup>( ) 6<sup>a</sup>( ) 7<sup>a</sup>( ) 8<sup>a</sup>( )

2º Grau incompleto ( ) completo ( ) Superior incompleto ( ) completo ( )

**Escore total** \_\_\_\_\_



14. Você sabe qual é o seu diagnóstico clínico?

Não       Sim. Qual? \_\_\_\_\_

15. Quantas sessões de Fisioterapia você já fez nesta clínica? \_\_\_\_\_

16. Em geral, você diria que sua saúde é: (SF-36)

Muito ruim     Ruim     Boa     Muito boa     Excelente

## **SEGUNDA PARTE ( Questões objetivas com uso de legenda)**

Por favor avalie seu grau de satisfação com cada uma das seguintes afirmações:

1- Explicações oferecidas com clareza pelo fisioterapeuta sobre o seu tratamento no primeiro contato.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

2- Segurança transmitida pelo fisioterapeuta durante o tratamento.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

3- Esclarecimento de suas dúvidas pelo fisioterapeuta.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

4- Gentileza do fisioterapeuta.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

5- O respeito com que você é tratado pelo fisioterapeuta.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

6- Privacidade respeitada durante sua sessão de fisioterapia.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

7- Oportunidade dada pelo fisioterapeuta para expressar sua opinião.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

8- Aprofundamento do fisioterapeuta na avaliação do seu problema.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

9- Gentileza dos outros membros da equipe.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

10- Gentileza e disponibilidade no atendimento da recepcionista.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

11- Facilidade na marcação do seu primeiro atendimento após indicação e autorização.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

12- Facilidade na marcação das sessões após o primeiro atendimento.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

13- Disponibilidade de horários convenientes para realização de seu tratamento.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

14- Tempo de permanência na sala de espera após o horário marcado.

**PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**

- 15- Conveniência na localização da clínica para você.  
 **PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**
- 16- Disponibilidade do estacionamento para você.  
 **PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**
- 17- Conforto da sala de espera.  
 **PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**
- 18- Conforto do ambiente onde você realiza a fisioterapia.  
 **PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**
- 19- Condições gerais de higiene da clínica.  
 **PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**
- 20- Facilidade para transitar dentro das instalações da clínica.  
 **PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**
- 21- Satisfação geral da sua experiência com a fisioterapia  
 **PÉSSIMO**     **RUIM**     **BOM**     **ÓTIMO**     **EXCELENTE**
- 22- Você retornaria para esta clínica, se no futuro precisar de tratamento fisioterapêutico.  
 **NUNCA**     **TALVEZ**     **POSSIVELMETE**     **SIM**     **COM CERTEZA**
- 23- Você recomendaria esta clínica para familiares e amigos.  
 **NUNCA**     **TALVEZ**     **POSSIVELMETE**     **SIM**     **COM CERTEZA**

**Comentários e Sugestões:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

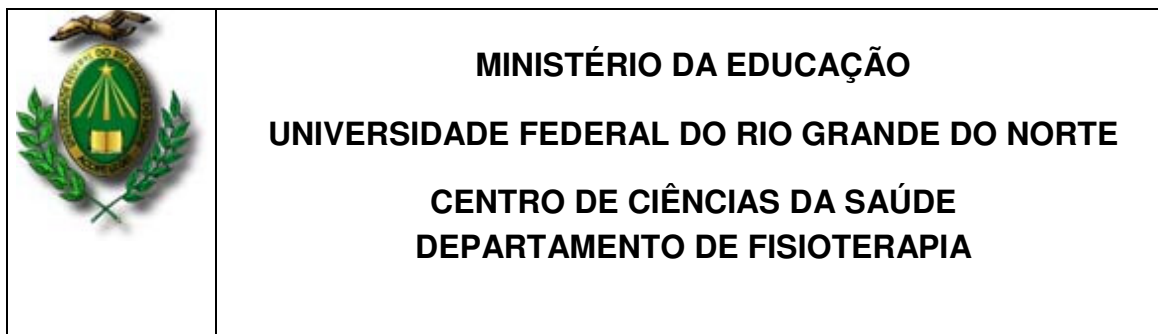


**Anexo 3- AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA**  
(AIVD, LAWTON,1982)<sup>6</sup>

1. Consegue usar o telefone?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
3. Consegue fazer compras?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
4. Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
5. Consegue arrumar a casa?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
6. Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
7. Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
8. Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
9. Consegue cuidar de suas finanças?	Sem Ajuda Com Ajuda Parcial Não Consegue	3 2 1
<b>TOTAL</b>		
<p><b>Escore máximo 27. Primeira resposta = independência (19 a 27 pontos); segunda resposta = capacidade com assistência (10 a 18 pontos); terceira resposta = dependência (1 a 9 pontos) . O escore tem significado individual, declínio ao longo do tempo revela deterioração.</b></p> <p><b>Obs: As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim, pelo entrevistador.</b></p>		

<sup>6</sup>LAWTON, P . 1982. A Research and Service-Oriented Multilevel Assessment Instrument in Journal of Gerontology, 37: 91-99 .

## Anexo 4



Natal, 01 de fevereiro de 2007

### CARTA DE SOLICITAÇÃO

Vimos por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a autorização para a realização da coleta de dados da dissertação de Mestrado intitulada 'Dimensões da Satisfação do Paciente Geriátrico com a Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial' neste serviço, mediante aplicação de questionários simples e objetivos, com os pacientes geriátricos (acima de 60 anos) que encontrarem-se na sala de espera.

Enfatizamos neste momento a importância de tal pesquisa, uma vez que a satisfação do paciente tem sido considerada uma das melhores e mais eficazes formas de avaliar a qualidade da assistência prestada e direcionar o provedor do serviço para suprir as necessidades e expectativas do paciente-cliente.

Afirmamos o nosso compromisso com a confidencialidade das informações coletadas, bem como nos deixamos à disposição para quaisquer informações do vosso interesse.

Sem mais para o momento e certos de contarmos com vosso apoio, nos despedimos.

---

Talita Pascalle Macêdo Diógenes  
Pesquisadora

## Anexo 5



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que eu

\_\_\_\_\_, CREFITO/CRM \_\_\_\_\_, fisioterapeuta/fisiatra responsável pela assistência prestada na \_\_\_\_\_ estou ciente da participação desta clínica na pesquisa intitulada 'Dimensões da Satisfação do Paciente Geriátrico com a Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial', tendo como pesquisadora responsável a fisioterapeuta Talita Pascalle Macêdo Diógenes, CREFITO 59979-F. Tenho também ciência dos procedimentos metodológicos (aplicação de questionários simples e objetivos) a serem adotados na sala de espera, assim como o compromisso com a confidencialidade das informações coletadas.

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Dimensões da Satisfação do Paciente Geriátrico com a Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial.

**PESQUISADORES:** Talita Pascalle Macêdo Diógenes, Karla Morganna Pereira Pinto de Mendonça e Ricardo de Oliveira Guerra

Nós estamos solicitando a sua colaboração para desenvolvermos esta pesquisa, conforme esclarecido abaixo.

**OBJETIVOS:** O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, de uma pesquisa que tem como objetivo identificar as dimensões que compõem a satisfação do paciente idoso com a assistência fisioterapêutica ambulatorial, bem como investigar a influência dos níveis de capacidade funcional no grau de satisfação; verificar a influência de fatores sócio-demográficos na satisfação geral do paciente idoso; e analisar a associação entre a percepção do estado de saúde e a satisfação com a assistência fisioterapêutica recebida.

**PREVISÃO DE BENEFÍCIOS:** Com o fim da pesquisa e posterior análise dos resultados, poderemos divulgar os aspectos mais importantes apontados pelos pacientes no que diz respeito a sua satisfação com o atendimento fisioterapêutico, sendo esses resultados disponibilizados para as clínicas participantes do estudo que poderá realizar ações no intuito de promover melhorias e otimizar a prestação de seus serviços através das diretrizes organizacionais concedidas pelo resultado dessa pesquisa.

**PROCEDIMENTOS:** Os indivíduos responderão voluntariamente um questionário elaborado com questões claras e objetivas, enquanto aguardam na sala de espera o seu atendimento.

**RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO:** Todos deverão participar da pesquisa por livre e espontânea vontade. No entanto, poderão receber indenização se devidamente comprovado dano resultante da pesquisa, assim como o ressarcimento se devidamente comprovado algum gasto resultante da pesquisa. Solicitamos também permissão para realização de publicações dos resultados encontrados, garantimos sigilo de qualquer informação. Qualquer indivíduo poderá, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa sem prejuízo para o mesmo.

**RISCOS:** Os riscos são considerados mínimos, uma vez que serão adotadas medidas de proteção para contornar possíveis situações adversas, pois trata-se de uma pesquisa composta pelo preenchimento individual de questionários simples e objetivos.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Os resultados da pesquisa serão divulgados sem a identificação dos indivíduos e serão cumpridas as exigências da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre a bioética. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN, fone 3215-3135).

Eu ----- declaro estar ciente e informado(a) sobre os procedimentos de realização da pesquisa, conforme explicitados acima, e aceito participar voluntariamente da mesma. Natal, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_(PESQUISADOR REPONSÁVEL)

## 9 REFERÊNCIAS

- 1 Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública* 1998;14:61-70.
- 2 Diógenes TPM, Lima TMFS, Mendonça KMPP. Fisioterapia: Você está satisfeito? *FIEP Bulletin – Special edition/Article II* 2005;75:41-4.
- 3 Marin MJS, Caetano FB, Palasson RR. Avaliação da Satisfação dos Usuários do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar. Espaço para a saúde [on line] 2004 [acessado 2004 Jan 8]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/V2n2/doc/domiciliar.htm>.
- 4 Bacthelor C, Owens DJ, Bloor M. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. *Int J of Heath Care Qual Assur* 1994;7:22-30.
- 5 Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997;31:171-7.
- 6 Halal IS, Sparrenberge F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994;28:131-6.
- 7 Moret L, Nguyen JM, Volteau C, Falissard B, Lombrail P, Gasquet I. Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):382-89.
- 8 Westaway MS, Rheeder P, Zyl DGV, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care* 2003;15:337-44.

- 9 Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Rev Bras Fisioter* 2007;11:369-76.
- 10 Mendonça KMPP, Diógenes TPM, Lima TMFS. Influência das características sócio-demográficas na satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico. *Rev Fisioter Mov* 2006;19(3):83-9.
- 11 Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Rev Saúde Pública* 2000;34(6):666-71.
- 12 Chaimowicz F. A saúde do idoso brasileiro às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):184-200.
- 13 Oliveira RJ, Furtado AC. Envelhecimento, sistema nervoso e o exercício físico. *Educación física y deportes. Rev Virtual* 1999;4(15).
- 14 Duarte LT. Envelhecimento: processo biopsicossocial. Trabalho monográfico para el Curso Virtual Educación para el Envejecimiento. 2003 [acesso em 2003 Jun 1] PB. Disponível em: <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/brasil.htm>.
- 15 Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(1): 3-6.
- 16 Fedrigo CAM. Fisioterapia na terceira idade: O futuro de ontem é a realidade de hoje. 2005 [acesso em 2005 Jun 7]. Disponível em: <http://www.profala.com/artfisio35.htm>.
- 17 Kong MC, Camacho FT, Feldman ST, Anderson RT, Balkrishnan R. Correlates of patient satisfaction with physician visit: Differences between elderly and non-elderly survey respondents. *Health Qual Life* 2007; 5:62.

18 Juanola MG, Carvajal AP, Rodriguez MM, Llanes MR. Satisfacción de los adultos mayores com los servicios de salud em el nível primário. Rev Cuba Méd Gen Integr [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 07/06/05]; 20(3):[aproximadamente 4 p.].

Disponível em: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_3\\_04/mgi07304.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi07304.htm) 300

19 Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública 2005; 39(2):311-8.

20 Rodrigues RB. Como conquistar a preferência dos pacientes. Saude Business, WEB. 2004:1-3.

21 Duarte YAO. Processo de envelhecimento e assistência ao idoso. 2001. [acesso em 2003 Ago 16] Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema4/texto28>.

22 Pio HS. Atividade física e reabilitação na velhice. In: Amancio, A, CAVALCANTI, UPC. Clínica Geriátrica. Rio de Janeiro: Atheneu; 1975. p. 37-44.

23 Sacheto RM, Sandoval JMH. A comunicação como estratégia complementar no cuidado fisioterapêutico geriátrico. [acessado em 05/05/05]. Disponível em: [http://encipecom.metodista.br/mediawiki/index.php/A\\_comunica%C3%A7%C3%A3o\\_como\\_estrat%C3%A9gia\\_complementar\\_no\\_cuidado\\_fisioterap%C3%AAutico\\_geri%C3%A1trico](http://encipecom.metodista.br/mediawiki/index.php/A_comunica%C3%A7%C3%A3o_como_estrat%C3%A9gia_complementar_no_cuidado_fisioterap%C3%AAutico_geri%C3%A1trico)

24 Pickes B, Compton A, Cott C, Simpson J, Vandervoort A. Fisioterapia na terceira idade. 2ª ed. São Paulo: Santos. 2000.

25 Atria ML, López MP, Morales MT, Moya N, Pérez MS, Urbina M. Satisfacción de expectativas y necesidades de pacientes. Bol Cient Assoc Chil Segur 2000;2(3):46-54.

26 Passos ICF. Mesa redonda: Avaliação de políticas e serviços de saúde mental: olhares diferentes. XI Encontro Nacional da ABRAPSO 2001.

- 27 Mendes VLPS. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: a questão de cidadania. *Rev. Baiana Enfermagem*. 2003;18(1/2):97-110.
- 28 Rosa MC, Lage MCA, Pérez MC, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes com la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(5):541-7.
- 29 Dufrene RL. An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability. *Eval Program Plann* 2000;23(3):293-300.
- 30 Monnin D, Perneger TV. Scale to Measure Patient Satisfaction with Physical Therapy. *Phys Ther* 2002;82(7):682-91.
- 31 Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient Satisfaction with Outpatient Physical Therapy. *Phys Ther* 2002;82:557-65.
- 32 Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(3): 581-9.
- 33 Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-eletrônica*. 2005;4(2):art.17.
- 34 Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982;16:577-82.
- 35 Goldstein MS, Elliott SD, Guccione AA. The development of an Instrument to Measure Satisfaction With Physical Therapy. *Phys Ther* 2000;80(9):853-63.
- 36 Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta – analysis. *Soc Sci Med* 1990;30(7):811-8.
- 37 Cohen G. Age and Health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42(7):1085-93.
- 38 Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45(12):1829-43.



- 39 Jackson JL, Chamberlim J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52:609-20.
- 40 Grenee MG, Adelman RD, Friedman E, Charon, R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Soc Sci Med* 2002;38(9):1279-88.
- 41 Calnan M, Almond S, Smith N. Ageing and public satisfaction with the health service: an analysis of recent trends. *Soc Sci Med* 2003;57(4):757-62.
- 42 Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994;28(2):131-6.
- 43 Cervo AL, Bervian PA. *Metodologia Científica*. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: MAKRON books; 1996.
- 44 Gil AC. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- 45 Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr Research* 1975; 12(3): 189-98.
- 46 Vieira EB, Koenig AM. Avaliação cognitiva. In: Freitas EV. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 921-8.
- 47 Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral. *Arqu Neuropsi* 1994; 52:1-7.
- 48 Lin TY, Teixeira MJ, Romano MA, Greve JMD, Kazivama HHS. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev Méd* 2001; 80(1):443-73.
- 49 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(1):179-86.
- 50 Guedes DV, Silva KCA, Banhato EFC, Mota MMPE. Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU Revista* 2007;33(4): 105-11.

- 51 Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética 1996;4(2):15-25.
- 52 Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin. 1998;25(5):206-13.
- 53 Ware JE, Gandek B. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. J Ment Health 1994;23:49-73.
- 54 Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 1º ed. Brazil: Vozes; 2003.
- 55 Fleck MPA, Bourdel MC. Método de simulação e escolha de fatores na análise dos principais componentes. Rev Saúde Pública 1998;32 (3):267-72.
- 56 Bunchaft G, Cavas CS. Sob Medida: Um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações. São Paulo: Vetor; 2002.
- 57 Yoshida EMP, Colugnati FAB. Questionário de crenças irracionais: propriedades psicométricas. Psicol Reflex Crit 2002;15(2):437-45.
- 58 Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
- 59 Malhotra N. Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- 60 Penha RN. Um Estudo sobre Regressão Logística Binária. [Trabalho de Graduação]. Itajubá: Universidade Federal de Itajubá. Instituto de Engenharia Mecânica. Departamento de Produção; 2002.
- 61 Mostafa MM. An empirical study of patient's expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. Int J of Health Care Qual Assur 2005; 18(7): 516-32.
- 62 Green S, Salkind N, Akey T. Using SPSS for Windows: Analysing and Understanding Data, 2<sup>nd</sup> ed, Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ, 2000.

- 63 Nunnally J. *Psychometric Theory*, McGraw-Hill Book Co., New York, NY, 1978.
- 64 Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer* 1990;65:189-92.
- 65 Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69 (5): 731-6.
- 66 Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(5):401-8.
- 67 Pascoe GC, Attkisson CC. Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. *Eval Program Plann* 1983;6:359-71.
- 68 Etter JF, Perneger TV. Validating a satisfaction questionnaire using multiple approaches: a case study. *Soc Sci Med* 1997;45:879-85.
- 69 Roush SE, Sonstroen RJ. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Phys Ther* 1999;79:159-70.
- 70 McIver S. *Obtaining the Views of Outpatients*. London: King's Fund; 1991.
- 71 Rosal RS, Arin NL. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Publica Mex* 2008;50:162-72.
- 72 Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: a survey comparing the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract* 2007; 23(1):21-36.
- 73 Freitas EAM. A percepção do usuário da Unidade de Saúde Atuba sobre o Programa Saúde da Família Colombo-Paraná [trabalho de conclusão de curso de especialização]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde, 2004.

- 74 Fitzpatrick R. Satisfaction with health care. In the experience of Illness 1984; ed. R. Fitzpatrick: Tavistock. London apud Sitzia e Wood 1997; 1833.
- 75 Silva AL. Cuidado como momento de encontro e troca. 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar . ação terapêutica da enfermagem. **Anais...** Salvador: ABEn . Seção Bahia, 1999. apud Sacheto e Sandoval, 2005.
- 76 Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal. 5ª ed. Rio de Janeiro. RJ: José Olympio, 1996. apud Sacheto e Sandoval, 2005.
- 77 Friedman HS. Non-verbal communication between patients and medical practioners. J Soc Iss 1979;35:82-91.
- 78 Smith CK, Polis E, Hadac RR. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. J Fam Pract 1981; 32:541-54.
- 79 Larsen KM, Smith CK. Assessment of non-verbal communication in the patient-physican interview. J Fam Pract 1981; 12: 283-91.
- 80 DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS. Predicting patient satisfaction from physician's non-verbal communication skills. Med Care 1980; 28: 376-87.
- 81 Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. J Health Soc Behav 1987; 28: 375- 84.
- 82 Ben-Sira Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. J Health Soc Behav 1976;17: 3-11.
- 83 Benzing J. Doctor patient communication and the quality of care. Soc Sci Med 1991; 11:1301-10.
- 84 Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. Med Care. 1998; 26(4): 383-92.

- 85 Fan VS, Bruman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med.* 2005; 10:226-33.
- 86 Tucker JL, Kelley VA. The influence of patient sociodemographic characteristics on patient satisfaction. *Mil Med.* 2000; 165(1): 72-6.
- 87 Hsieh M, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work.* 1991;16: 281-90.
- 88 Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998; 40:3-12
- 89 Jaipaul CK, Rosenthal, GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med.* 2003; 18(1):23-30.
- 90 Plomondon ME, Rumsfeld JS, Humble CG, Meterko M, McDonald GO, Grover FL, et al. Factors influencing risk – adjusted patient satisfaction after coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol* 2003;92(2):206-8.
- 91 Cleary PD and McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry.* 1998;25(1): 25-36.
- 92 Keith RA. Patient Satisfaction and Rehabilitation Services. *Arch Phys Med Rehab* 1998;79:1122-112.
- 93 Allan J, Schattner P, Stocks N, Ramsay E. Does patient satisfaction of general practice change over a decade? *BMC Fam Pract* 2009;10(1):13.
- 94 Marshall GN, Hays RD, Mazel R. Health status and satisfaction with health care: results from the medical outcomes study. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(2):380-90.

- 95 Zapka JG, Palmer RH, Hargraves JL, Nerenz D, Frazier HS, Warner CK. Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *J Ambul Care Manage*. 1995;18(1):73-83.
- 96 Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care* 2001;13(5):385-90.
- 97 Covinsky KE, Rosenthal GE, Chren MM, Justice AC, Fortinsky RH, Palmer RM, Landefeld CS. The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *J Gen Intern Med* 1998;13:223-9.
- 98 Bahramoour A, Zolala F. Patient satisfaction and related factors in Kerman hospitals. *East Mediterr Health J*. 2005;11(5-6): 905-12.
- 99 Hall JA, Feldstein M, Fretwell MD, Rowe JW, Epstein AM. Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med Care*. 1990;28(3): 261-70.
- 100 Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care*. 1993;31(1):84-94.
- 101 Rex XS, Kasis L, Lee A, Rogers W, Pendergrass S. Health status and satisfaction with health care: a longitudinal study among patients served by the Veterans Health Administration. *Am J Med Qual* 2001;16(5):166-73.

## Abstract

**Introduction:** The elderly are the largest consumers of health services, specially those of rehabilitation, making essential the evaluation of the quality of the physiotherapy care, given from the patient satisfaction, which has been considered one of the best and most effective ways to assess the care and direct the service provider to supply the needs and expectations of the patient-client. The objective of this study was to investigate the main aspects (predictors) that contribute to the satisfaction of the geriatric patient undergoing outpatient physical therapy. **Methods:** This is an epidemiological, cross exploratory and descriptive study. An assessment instrument measuring patient satisfaction with physical therapy was used and it was developed and validated for the Brazilian population by Mendonça in 2007, with a scale of patient satisfaction of 23 items. The data were collected in the waiting room of 29 private physical therapy clinics in Natal, the capital of the state of Rio Grande do Norte, Brazil, and the non-probabilistic sample consisted of 221 patients, aged 60 years old and older, who had undergone between 5 and 60 physical therapy sessions at the participating clinics, who possessed health insurance and have cognitive conditions preserved. **Results:** Four factors with an autovalue greater than 1 were retained in the factorial analysis: patient-therapist interaction (7 items) –  $\alpha = 0.901$ ; access and assistance by the receptionist and staff (8 items) –  $\alpha = 0.888$ ; physical environment and overall satisfaction (5 items) –  $\alpha = 0.835$ ; and convenience (3 items) –  $\alpha = 0.711$ . The items related to patient-therapist interaction showed the highest reliability and highest complete satisfaction scores, especially the respect and the courtesy of the physical therapist. The associations made by chi-square of satisfaction of patients and sociodemographic variables, perceived health status, functional capacity, showed that they were significant to the sex and marital status.

The findings also showed, by binary logistic regression, that women are more satisfied with the physiotherapy. **Conclusion:** The interpersonal aspects have been shown to be important predictors for assistance physiotherapeutic satisfactory, especially in the elderly population, that requires attention beyond the purely technical support.

Key words: Satisfaction of the patient, elderly, physiotherapy, quality of health care.