

A confiabilidade de um questionário avaliando as práticas diárias de trabalhadores envolvidos com a saúde mental da comunidade

Reliability of a questionnaire assessing daily practices of community mental health workers

Ulysses Rodrigues de Castro^{1,2}

Antonio José Pacheco Palha^{1,3,4}

José Carlos Amado Martins⁵

Nelson Rocha de Oliveira²

Descritores

Agentes comunitários de saúde;
Atenção primária à saúde; Bioética;
Reprodutibilidade dos testes;
Questionários

Keywords

Community health workers; Primary
health care; Bioethics; Reproducibility of
results; Questionnaires

Submetido

6 de dezembro de 2016

Aceito

12 de dezembro de 2016

Autor correspondente

Ulysses Rodrigues de Castro
Praça de Gomes Teixeira, 4099-002
Porto, Portugal.
ulyrcastro196601@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600097>



Resumo

Objetivo: Questões bioéticas foram levantadas entre agentes comunitários de saúde sobre as percepções e ameaças enfrentadas por eles durante suas atividades diárias de trabalho. Deste modo, questionários são necessários para avaliar os problemas enfrentados por esses profissionais e os efeitos psicológicos enfrentados por trabalhadores na área de cuidados primários. Para isso, este estudo demonstra a confiabilidade de uma dupla escala baseada em um estudo piloto envolvendo agentes comunitários de saúde.

Métodos: Uma investigação metodologicamente validada e baseada em escala foi desenvolvida incluindo 97 agentes comunitários de saúde nas cidades brasileiras de Riacho Fundo I e Riacho Fundo II, localizadas na região administrativa de Brasília.

Resultados: A consistência interna da escala de percepção mostrou bons valores de coeficiente alfa de Cronbach (0,76 no geral, e >0,75 para as diferentes dimensões). Além disso, o fator de análise apresentou uma solução de 3 fatores com significância proporcional.

Conclusão: A escala mostra boa confiabilidade e boas propriedades psicométricas, e tem potencial para uso em pesquisas futuras.

Abstract

Objective: Bioethical questions have been raised among community health workers in terms of the perceptions and threats that they face during their daily labor practices. Thus, questionnaires are required for assessing the issues experienced by these workers and the psychological effects experienced by primary care workers. Therefore, this study demonstrates the reliability of a double scale based on a pilot study involving community health workers.

Methods: A scale-based and validated methodological investigation was developed by including 97 community health workers in the Brazilian cities of Riacho Fundo I and Riacho Fundo II, located within the administrative region of Brasília.

Results: The perception scale's internal consistency exhibited good Cronbach's alpha values (0.76 overall, and >0.75 for the different dimensions). Furthermore, the factor analysis presented a 3-factor solution with ratio significance.

Conclusion: The scale exhibits good reliability and psychometric properties and has potential for use in future research.

¹Universidade do Porto, Porto, Portugal.

²Education Center at the Mental Health Institute, Brasília, DF, Brasil.

³Universidade Católica de Braga, Braga, Portugal.

⁴Portuguese Society of Psychiatry and Mental Health, Lisbon, Portugal.

⁵Coimbra Nursing School, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Conflito de interesses: não há conflito de interesses a declarar

Introdução

Saúde mental é um amplo campo de pesquisa que combina várias ciências e tipos de profissões na tentativa de observar, investigar, e entender seres humanos de uma maneira multifacetada, envolvendo aspectos familiares, sociais, psicológicos, e psicopatológicos.⁽¹⁾ O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil foi criado e baseado neste princípio multidisciplinar que considera uma perspectiva integrada e regional, com cuidado primário como o primeiro passo para todos os problemas de saúde dos pacientes.

O conceito de cuidado básico é diferente do conceito de cuidado primário. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil e dos princípios do SUS, não há distinção entre as áreas de cuidado básico e primário. Cuidado primário é definido como “um conjunto de medidas individuais ou coletivas utilizadas no nível primário de atendimento dos sistemas de saúde que focam na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação”.⁽²⁾

Considerando a magnitude das doenças mentais que afeta a população brasileira, é fácil ver como equipes de cuidado primário confrontam doenças mentais em suas rotinas diárias. De acordo com as recomendações do Relatório Mundial de Saúde (2001), a inclusão de medidas para lidar com problemas de saúde mental no cuidado primário foi um tópico discutido na Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental no Brasil (CNSM).⁽³⁾ A proposta aprovada recomenda treinamento na área da saúde para equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), a inclusão de equipes multiprofissionais em saúde mental para trabalhar com as Equipes de Saúde da Família (ESFs) e a inclusão de um formulário impresso específico para colher dados de indivíduos com distúrbios psicológicos que são tratados pelas Equipes de Saúde da Família.⁽⁴⁾

Neste contexto organizacional, a reforma no atendimento psiquiátrico no Brasil está em seus estágios iniciais de inclusão no atendimento primário. Esta reforma no atendimento psiquiátrico é um complexo processo político, social e histórico, que

inclui medidas, instituições, e forças de diferentes origens. Ela apenas foi bem-sucedida em lugares onde programas de acompanhamento intensivos e contínuos foram criados dentro da comunidade. Deste modo, a importante interface entre trabalhadores da área da saúde mental é representada por serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), residências, centros sociais, e centros (ambulatoriais) de cuidado, todos representando o cuidado primário.

Com os resultados positivos obtidos na região nordeste do Brasil, os Programas de Saúde da Família (PSF) foram expandidos para o restante do país. Esta expansão causou uma melhoria no atendimento primário e no estabelecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).⁽⁴⁾ O Ministério de Saúde declarou em seu *website* que em dezembro de 2012, o número de ACSs em Brasília era 849.⁽⁵⁾

As atividades diárias do ACSs envolvem problemas que requerem bom entendimento, uma vez que estes profissionais dependem do suporte de outros profissionais para ter um bom desempenho e sustentabilidade.⁽⁶⁾ Exemplos incluem a entrada de ACSs em ambientes familiares, o que requer envolvimento dos conflitos familiares internos; a comum tentativa malsucedida de mediar a interação entre a equipe de saúde e os indivíduos; medidas para promover assistência médica apesar da resistência das pessoas a mudar hábitos modernos prejudiciais à saúde; as crenças pessoais dos ACSs sobre os cuidados de saúde, que podem ser conflitantes com conceitos científicos; estratégias para administrar sentimentos de impotência apesar das condições socioeconômicas e culturais que impedem comportamentos saudáveis dos pacientes; e dificuldades que surgem no trabalho devido às dificuldades nas relações interpessoais nas equipes.^(7,8) ACSs precisam enfrentar estes e outros problemas em suas atividades diárias. Eles levantam as questões bioéticas encontradas por estes profissionais e requerem que a comunidade reflita sobre as práticas dos profissionais (que trabalham em Programas de Saúde da Família). Eles reforçam a necessidade

para uma maior sensibilidade e comprometimento ético a favor dos profissionais da saúde primária.⁽⁹⁾

Para determinar as experiências diárias do trabalho dos ACSs, é importante considerar as opiniões destes profissionais. A respeito da administração dos cuidados de saúde pública, o maior desafio é maximizar a qualidade dos serviços de saúde para a sociedade e ao mesmo tempo respeitar as limitações orçamentárias. A população que amplamente utiliza os serviços públicos de saúde pertence ao estrato marginalizado da sociedade e não pode buscar tratamentos particulares de médicos ou hospitais privados. Além do mais, os recursos disponíveis à saúde pública nunca são suficientes para suprir a crescente demanda. Em adição a estes problemas financeiros, o treinamento das equipes, uma infraestrutura de trabalho apropriada, e habilidades e motivação dos funcionários representam fatores importantes no fornecimento de serviços primários de saúde.⁽¹⁰⁾

Deste modo, o uso de questionários é uma medida que ajuda a entender as experiências individuais referentes à saúde para desenvolver objetivos estratégicos e sugerir medidas para guiar o trabalho interdisciplinar daqueles engajados na saúde pública.

Contudo, um questionário deve ser devidamente desenvolvido de modo que confiantemente reflita a realidade. Independentemente do tipo de estudo adotado, a base filosófica é normalmente fundada com a visão de que a realidade é construída por pessoas que interagem com seu meio social; portanto, o uso de estudos empíricos é a chave para a construção da realidade.

Para determinar se um questionário é confiável, programas estatísticos podem ser usados, em que as variáveis dos estudos podem determinar a confiabilidade de uma ferramenta de pesquisa. O coeficiente alfa de *Cronbach* é um exemplo de teste que se utiliza de um fator para expressar o grau da confiabilidade de respostas para um questionário específico.

Portanto, este estudo tem como objetivo demonstrar a confiabilidade de uma dupla escala construída através de um estudo piloto com os ACSs.

Métodos

Este é um estudo metodologicamente validado e baseado em escala. Este estudo foi precedido por outro de natureza qualitativa e que foi desenvolvido através de entrevistas com trabalhadores comunitários, pedindo que estes respondessem à seguinte questão aberta: “Identifique objetivamente quatro problemas envolvidos na sua prática de saúde mental”. Este estudo forneceu um conjunto de propostas que organizamos em duas subescalas com 16 itens:

- Subescala 1: A resposta começa com: “isto ocorre na minha prática de saúde mental”. As possíveis respostas foram expressas no formato *Likert*, variando de 1 (nunca ocorre) a 6 (sempre ocorre).
- Subescala 2: A resposta começa com: “Eu vejo isto como uma ameaça à minha prática de saúde mental”. As possíveis respostas foram expressas no formato *Likert*, variando de 1 (nunca ocorre) a 5 (sempre ocorre).

Em adição a estas duas subescalas, o questionário continha dados sociodemográficos sobre gênero, idade, estado civil, tempo de trabalho, e localização do trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família e dos ACSs.

A amostra incluía 97 ACSs em treinamento em saúde mental no escritório de saúde regional no Distrito Federal (Brasília, Brasil). O critério de inclusão foi participação no treinamento em saúde mental.

A pesquisa foi conduzida em dezembro de 2012 em salas privativas nos centros de saúde envolvidos. Em 15 de fevereiro de 2012, o Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF) aprovou o projeto No. 643/11. Os 97 ACSs que concordaram em participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, que garantia seu anonimato e o status confidencial de suas informações. Para garantir que o estudo fosse confidencial, os nomes das unidades de saúde da família que participaram no presente estudo não foram reportados.

Os dados foram analisados utilizando SPSS (versão 19 para *Windows*). Um valor *p* de 0,05 foi considerado de crítica importância significativa. O coeficiente alfa de *Cronbach* foi usado para determinar a confiabilidade do questionário.

Resultados e Discussão

Os dados sociodemográficos dos 97 ACSs revelaram que a maioria eram mulheres (78,4%). Aqueles entre 30 e 39 anos de idade constituem 40,2% do grupo, e mais da metade dos trabalhadores entrevistados eram casados. Os principais resultados estão apresentados abaixo e foram organizados de acordo com os objetivos definidos anteriormente.

Questões bioéticas relacionadas a prática de trabalhadores na área da saúde mental - Validade e Confiabilidade

A pesquisa foi analisada usando o teste alfa de *Cronbach* (Tabela 1). Analisando os efeitos da correlação dos itens com a escala inteira da pesquisa no coeficiente alfa, altas correlações foram obtidas entre a quase totalidade dos itens e a escala inteira. Os achados demonstram todo o funcionamento correto da pesquisa e contribuem para o alto valor de alfa (0,76 no geral). De acordo com o teste, valores desta magnitude apoiam a conclusão de que o questionário está dentro do fator de confiabilidade esperado.

Tabela 1. Questões agrupadas em cinco fatores por porcentagem de variação, conforme confirmação do gráfico de escarpa

Fator	% Variação	Questões
1	24,425	4, 8, 11
2	14,866	6, 10, 12, 13
3	9,222	1, 5
4	8,162	14, 15
5	7,661	7, 9

Resultados similares foram encontrados em estudos que buscavam validar a autoconfiança da versão Portuguesa da escala. Foram encontrados altos valores de coeficiente alfa de *Cronbach* no geral (0,92), e eles eram >0,83 para as diferentes dimensões, refletindo a confiabilidade do questionário.

Em um estudo realizado por Aguiar et al.⁽¹¹⁾ que buscava determinar a confiabilidade no teste-reteste da versão Portuguesa da escala sueca para o questionário “Demanda-Controle-Suporte” dentro de uma população de trabalhadores com baixos níveis educacionais, os valores para o coeficiente alfa de *Cronbach* encontrados foram >0,70 para a maioria das dimensões. Es-

tes resultados refletem a estabilidade do questionário e permitem seu uso em estudos que visam analisar a associação entre o estresse no trabalho e a saúde.

Análise de fatores - Determinação da frequência de ocorrência de questões bioéticas

Uma análise dos principais componentes foi feita com os 16 itens do questionário através do emprego da rotação *Varimax* com a amostra dos 97 ACSs. A adequabilidade do método de análise dos fatores foi confirmada usando o teste de esfericidade de *Bartlett* (aproximação do teste qui-quadrado = 457,358; df = 120; p < 0,0001). Os resultados do teste foram significativos e indicaram a adequabilidade dos dados para o método em questão. A adequabilidade do *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) (com o valor de 0,687) confirmou a adequação do método de análise de fatores. A análise de uniformidade revelou que a porcentagem de variação comum na estrutura dos dados variava entre 46% e 75%.

Um valor de 0,761 para o coeficiente alfa de *Cronbach* indicou que as questões atingiram um grau satisfatório de coerência interna e que as respostas às questões são confiáveis.

A análise inicial indicou que cinco componentes satisfiziam os critérios de autovalor de >1 e explicavam 64,336% da variância. Esta indicação foi confirmada pelo gráfico de escarpa, que sugeriu cinco fatores antes da mudança na inclinação da curva (Figura 1).



Figura 1. Gráfico de escarpa mostrando a inclinação da curva antes do fator 5

As questões mostradas na tabela 1 são significativas para o valor de 0,05 considerando cada fator.

As questões foram associadas com cada fator envolvido na percepção da frequência da ocorrência. Elas foram agrupadas e identificadas com base no tópico discutido em cada questão.

Fator 1, intitulado “Treinamento em Saúde Mental”, incluía as seguintes questões:

Q4- É difícil trabalhar com pacientes dependentes de medicação?

Q8- É difícil abordar pacientes com doenças mentais?

Q11- O diagnóstico é difícil?

Estas questões referem-se a problemas envolvendo a necessidade de treinamento técnico dos ACSs para melhorar suas abordagens com pacientes recebendo serviços básicos de saúde.

Fator 2, intitulado “Compreensão do Tratamento”, incluía as quatro seguintes questões:

Q6- Pacientes enfrentam dificuldades para conseguir atendimento de emergência em clínicas de saúde mental?

Q10- É difícil dar instruções aos pacientes?

Q12- É fácil lidar com um paciente sofrendo de alguma doença mental?

Q13- Você é capaz de identificar os distúrbios do paciente?

Fator 3, intitulado “Alocação de Recursos”, incluía as seguintes questões:

Q1- Existem medicações suficientes disponíveis para atender às necessidades dos pacientes?

Q5- Você é capaz de dar seguimento ao tratamento de um paciente?

Fator 4, intitulado “Falta de uma Rede Psicossocial”, incluía as seguintes questões:

Q14- Existe uma falta de suporte por parte da instituição responsável?

Q15- Existe uma falta de suporte para transferir pacientes?

Finalmente, fator 5, intitulado “Falta de uma Rede Psicossocial”, incluía as seguintes questões:

Q7- Você é capaz de encontrar profissionais da saúde mental quando necessário?

Q9- É fácil garantir a continuidade dos cuidados?

Estas questões são correlacionadas devido às inadequações da rede psicossocial.

Percepção das ameaças envolvendo questões bioéticas

Uma análise dos principais componentes foi feita usando as 16 questões do questionário empregando uma rotação *Varimax* com a amostra dos 97 ACSs. A adequação da análise dos fatores foi confirmada pelo teste de esfericidade de *Bartlett* (aproximação do teste qui-quadrado = 576,079, $df = 120$, $p < 0,0001$). A adequação do KMO foi confirmada; o valor era de 0,822. Um alto valor KMO e a significância do teste de esfericidade de *Bartlett* indicaram a adequação dos dados para análise de fatores. A comunalidade da análise revelou que a porcentagem de variância comum na estrutura dos dados varia de 40% a 72%.

O valor do coeficiente alfa de *Cronbach* foi 0,833, um achado que indica que as questões obtiveram um alto grau de consistência interna e refletiram a confiabilidade das respostas.

A análise inicial indicou que quatro componentes satisfizeram os critérios de um autovalor >1 e explicaram 60,651% da variação, desde modo refletindo uma estrutura multifatorial (quatro valores). Contudo, este achado parece ser inconsistente com o gráfico de escarpa, o que sugere o fator 1 antes da mudança na inclinação da curva (Figura 2).

As questões apresentadas na tabela 2 são significativas para cada fator, o nível de significância foi de 0,05.

Tabela 2 mostra que existiram grandes diferenças nas porcentagens da variação para os quatro fatores. O primeiro fator teve uma variação de 36,75%, o que foi muito diferente dos outros. Este diferença pode explicar a divergência entre o critério do autovalor >1 , os quatro fatores e o gráfico de escarpa, o que sugere uma solução unifatorial. Os coeficientes alfa de *Cronbach* fortalecem a solução unifatorial porque o coeficiente para todos os itens é 0,883.

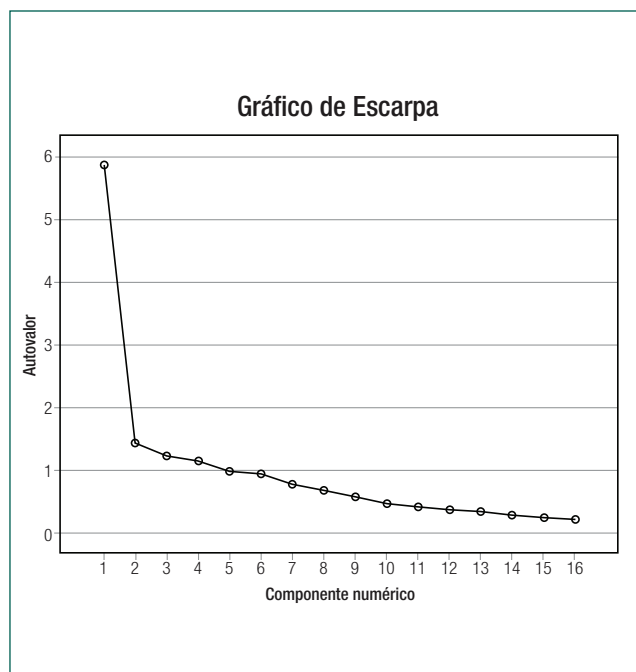


Figura 2. Gráfico de escarpa mostrando a diminuição na inclinação da curva após o fator 1

Tabela 2. Questões agrupadas em quatro fatores por porcentagem de variação, conforme confirmado pelo gráfico de escarpa

Fator	% Variação	Questões
1	36,754	1, 5, 7, 9, 13
2	8,998	2, 6, 8, 10, 11
3	7,715	12, 14, 15, 16
4	7,185	3, 9

A natureza dos fatores foi considerada.

Fator 1, intitulado “Falta de uma Rede Psicossocial”, inclui as seguintes questões:

Q1- Há medicações disponíveis para atender todas as necessidades dos pacientes?

Q5- Eu sou capaz de dar continuidade ao tratamento do paciente?

Q7- Eu sou capaz de encontrar profissionais de saúde mental quando necessário?

Q9- É fácil garantir a continuidade do cuidado?

Q13- É fácil identificar os distúrbios dos pacientes?

Fator 2, intitulado “Treinamento em Saúde Mental”, inclui as seguintes questões:

Q2- Existe uma falta de espaço nas localizações indicadas para cuidado ao paciente?

Q6- Os pacientes enfrentam dificuldade para conseguir atendimento de urgência em clínicas de saúde mental?

Q8- É difícil abordar pacientes com doenças mentais?

Q10- É difícil dar instruções aos pacientes?

Q11- É difícil diagnosticar os pacientes?

Fator 3, intitulado “Integridade do Tratamento”, incluía as seguintes questões:

Q12- É fácil lidar com um paciente que sofre de alguma doença mental?

Q14- Existe uma falta de suporte por parte da instituição responsável?

Q15- Existe uma falta de suporte para transferir pacientes?

Q16- O paciente recebe cuidado em alguma rede privada e depois retorna ao sistema público de saúde para renovar a receita (do medicamento)?

Fator 4, intitulado “Falta de Rede Psicossocial”, incluía as seguintes questões:

Q3- A família dos pacientes oferece um bom suporte?

Q9- É fácil garantir a continuidade dos cuidados?

O coeficiente alfa de Cronbach foi 0,76. Este valor satisfaz os padrões estabelecidos por Streiner (2003),⁽¹²⁾ que sugere que os valores dos coeficientes devem ser >0,7 para serem confiáveis.

Estas medidas promovem ética e proteção de cidadãos. Tais princípios podem ser observados nas condições propostas por Schramm e Kottow.⁽¹³⁾

“Para considerar proteção a cada vez, certos objetivos de saúde são publicamente aceitos como inevitáveis por serem indispensáveis; aceitar programas de saúde pública envolve a certeza, ou a alta probabilidade, de que as medidas propostas são necessárias e razoavelmente suficientes para prevenção. Uma vez aceitos como pertinentes, os princípios de proteção devem ser completamente implementados sem serem desconsiderados por motivos ocultos porque uma necessidade social existe para exercer a proteção através de medidas predeterminadas; em outras palavras, possíveis efeitos negativos não invalidam o programa e os problemas de saúde em questão.”

Conclusão

A consistência interna das respostas obtidas usando um questionário entre os ACSs nas cidades de Riacho Fundo I e II em Brasília revelaram que o questionário é confiável dentro do contexto em que foi aplicado. Desta forma, a determinação da confiabilidade dos resultados obtidos fornece maior relevância e robustez para este estudo, considerando as práticas do trabalho na área de saúde mental dos ACSs. O estudo considerou suas percepções e ameaças a seu trabalho e detectou problemas bioéticos, particularmente em termos do princípio da justiça.

Portanto, o questionário foi confirmado como sendo uma ferramenta relevante para pesquisas futuras para melhorar a associação entre atendimento básico de saúde e saúde mental. A identificação de problemas relacionados com os ACSs, particularmente com aqueles treinados em cuidados de saúde mental, facilita melhorias em medidas governamentais. Estas melhorias podem particularmente incluir o desenvolvimento de políticas públicas para este grupo de pacientes. Existe uma necessidade para fornecer um melhor serviço. Estas mudanças podem auxiliar ambos os provedores de serviços e os pacientes sendo tratados usando programas de saúde no Brasil.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado no Programa PhD de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto (Portugal) / Conselho Federal de Medicina (Brasil).

Colaborações

Castro UR, Palha AJP, Martins JCA e Oliveira NR contribuíram com o desenho do estudo, análise, in-

terpretação de dados, escrita do artigo, e relevante revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ribeiro PRM. Saúde mental: dimensão histórica e campos de ação. São Paulo: EPU. 1996. p.18.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Definição da responsabilidade pela gestão da atenção primária nos sistemas municipais de saúde. Diário Oficial da União. Brasília (DF); Ministério da Saúde. 2004.
3. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. 2001.
4. Medeiros EN. A prevalência de distúrbios mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos pelos serviços de saúde dos municípios do estado da Paraíba [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2005.
5. Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. Ministério da Saúde. Available from: [Updated: 2014 29 July cited 2012 July 2012] <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>.
6. Kluthcovsky AC, Takayanagi AM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Evaluation of overall quality of life of community health agents: the relative contribution of sociodemographic variables and domains of quality of life. Rev Psiquiatr RS. 2007; 29(2):176-183.
7. Pedrosa JI, Teles JB. Consensus and differences in family health program teams. Rev Saúde Pública. 2001; 35(3):303-11.
8. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MC. The community health worker: construction of the identity of this hybrid and polyphonic individual. Cad Saúde Pública. 2001; 18(6):1639-46.
9. Zoboli EL, Fortes PA. Bioethics and primary care: a profile of ethical problems experienced by nurses and physicians of the Family Health Program. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1690-99.
10. Tajra SF. Strategic management in health: Thoughts and practices for an excellence-centered administration. São Paulo: Iátria. 2007.
11. Aguiar OB, Fonseca MJ, Valente JG. Reliability (test-retest) of the Swedish Questionnaire Demand-Control scale among industrial restaurant employees in the State of Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(2): 212-22.
12. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. J Pers Assess. 2003; 80(3):217-22.
13. Schramm FR, Kottow M. [Bioethical principles in public health: limitations and proposals]. Cad Saude Publica. 2001; 17(4):949-56. Portuguese.