

## Lócus de controle da saúde em pacientes com hanseníase

### Health locus of control in patients with leprosy

Luiz Carlos Pereira da Silva<sup>1</sup>, Janne Marques Silveira<sup>2</sup>, Adriana Arruda Barbosa Rezende<sup>3</sup>, Cláudio Franco Muniz<sup>4</sup>, Joelcy Pereira Tavares<sup>5</sup>, Florence Germaine Tible Lainscek<sup>6</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** A hanseníase é uma doença carregada de estigma em função das possíveis deformidade e incapacidades presentes no paciente portador do bacilo. **Objetivo:** Qualificar e quantificar a percepção do paciente com hanseníase em relação à doença por meio da Escala de Lócus de Controle da Saúde. **Material e Método:** Foram estudados 59 pacientes provenientes da Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Unirg e da Policlínica "Dr. Luís Santos Filho", na cidade de Gurupi-TO, que estavam em tratamento medicamentoso e fisioterapêutico para hanseníase. Aplicou-se um questionário sociocultural para determinar os aspectos de idade, gênero, escolaridade, renda e desistência ao tratamento. Em seguida, aplicou-se a Escala de Lócus de Controle da Saúde, adaptada para a língua portuguesa e verificou-

se a percepção do paciente em relação a sua doença. **Resultados:** Houve predomínio da internalidade no grupo, no gênero masculino e nos pacientes com classificação operacional multibacilar ( $p < 0,05$ ). A renda dos pacientes não interferiu na pesquisa feita sobre o Lócus de Controle da Saúde. O gênero não foi determinante para a adesão ao tratamento, embora os pacientes com menor escolaridade e também aqueles com a classificação operacional multibacilar, tiveram menor adesão, não ultrapassando os índices de desistência do Estado do Tocantins. **Conclusão:** Verificou-se o predomínio da subescala internalidade nos pacientes com hanseníase.

**Descritores:** Hanseníase. Fisioterapia. Percepção.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Leprosy is a disease born of stigma against the possible deformity and disability present in bacillus patient. **Objective:** Qualify and quantify the perception of the leprosy patient about the disease through the Health Locus Control Scale. **Methods:** We studied 59 patients from the Clinical School of Physiotherapy from Unirg University Center and in Polyclinic "Dr. Luis Santos Filho" in the city of Gurupi-TO, who were in medical and physical therapy treatment for leprosy. It was applied a questionnaire to determine sociocultural aspects of age, gender, education, income and withdrawal treatment. Then applied to Locus of Control Scale Health, adapted for the Portuguese language and there was the perception of patients about their disease. **Results:** There was a

predominance of internality in the group, in males and in patients with operational classification multibacillary ( $p < 0.05$ ). The income of the patients did not affect the research done on the Locus of Health Control. Gender was not decisive for the adherence to treatment, although patients with less education and also those with the multibacillary operational classification, had lower adherence, not exceeding State of Tocantins dropout rates. **Conclusion:** There was a predominance of internality subscale in leprosy patients.

**Descriptors:** Leprosy. Physical therapy specialty. Perception.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Graduado pelo Centro Universitário Unirg, Gurupi (TO). Email: luizcarlosfisio@hotmail.com

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória pelo Centro Universitário do Triângulo. Prof<sup>a</sup>. Adjunta II dos Cursos de Fisioterapia e Medicina do Centro Universitário UnirG, Gurupi (TO). Email: jannefisio@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Ciência da Motricidade Humana/Universidade Castelo Branco/RJ. Prof<sup>a</sup>. Adjunta do Centro Universitário UNIRG, Gurupi (TO). E-mail: drikas.arruda@gmail.com

<sup>4</sup> Biólogo. Mestre em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Prof. Adjunto I dos Cursos de Fisioterapia e Medicina Centro Universitário Unirg, Gurupi (TO). Email: cfmuniz@gmail.com

<sup>5</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiopulmonar e UTI - CEAFI/PUC-GO. Prof. Assistente do Curso de Fisioterapia - Centro Universitário Unirg, Gurupi (TO). Email: joelcypt@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pós Graduação e Extensão IBEPEX-PR. Prof. Assistente do Curso de Fisioterapia - Centro Universitário Unirg, Gurupi (TO). Email: fg.tl@hotmail.com

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Janne Marques Silveira. Avenida Rio de Janeiro, nº 1585  
Centro CEP: 77410-000. Gurupi (TO). Email: jannefisio@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública no Brasil<sup>1</sup> sendo considerado, atualmente a única doença da América Latina que não atingiu a meta de controle.<sup>2</sup> A sua distribuição é irregular e as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte apresentam maiores índices de detecção.<sup>3</sup> Atualmente, a região Norte tem um coeficiente médio de detecção de 69,01 casos /100.000 habitantes.<sup>4</sup>

O Estado do Tocantins, em especial, ocupa a segunda posição em casos de hanseníase, com coeficiente de detecção de 93,01 casos/100.000 habitantes.<sup>4-5</sup>

A hanseníase é uma doença com alto poder de deformidades e incapacidades e, que na grande maioria das vezes, acomete o indivíduo em sua fase produtiva e por isso, influencia na capacidade de trabalho e convívio social, comprometendo a qualidade de vida.<sup>6-7</sup>

Segundo, Simões e Delello<sup>8</sup> o estigma a estes pacientes é comum e reforçado pelos conceitos da sociedade que atribui à hanseníase, a palavra "lepra".

Os pacientes multibacilares estão mais predispostos à estigmatização por apresentarem mais deformidades. Por isso, apresentam maiores comprometimentos psicológico e social, demonstrados pelos sentimentos de medo, raiva, revolta e até indiferença por ter adquirido a doença.<sup>9-10</sup> Esses sentimentos negativos refletem sobre a forma com que o paciente lida com a sua doença como a sua adesão ou não ao tratamento.

O conhecimento prévio do comportamento do paciente em relação a sua doença facilita a elaboração de estratégias de tratamento mais eficientes para busca precoce, adesão ao tratamento, prevenção de deformidades e incapacidades tão comuns nestes pacientes.<sup>11</sup>

O Lócus de Controle da Saúde é um construto criado para compreensão dos aspectos socioculturais e as crenças que influenciam o doente na sua percepção e expressão da doença, assim como, lidar com ela. Essa escala foi adaptada para a língua portuguesa por Della Coleta<sup>12</sup> e possui três subescalas.

Na subescala internalidade (IHLC) os doentes acreditam que eles próprios têm o controle de suas vidas. Já na subescala externalidade outros poderosos (PHLC), os doentes acreditam que o controle de suas vidas está nas mãos de outras pessoas, enquanto que na subescala externalidade acaso (CHLC), os doentes atribuem o controle de suas vidas ao acaso, destino, sorte e Deus.

A escala tem sido amplamente utilizada para avaliar o Lócus de Controle da Saúde em diversas doenças, tais como: diabetes, HIV e dor crônica.<sup>11,13-14</sup> Conhecer a subescala em que o paciente com hanseníase se encontra é de fundamental importância para que se possa implementar um programa de tratamento multidisciplinar e interdisciplinar que vise a adoção de estratégias de adesão dos pacientes com hanseníase ao tratamento e à promoção da saúde.

O objetivo deste estudo é qualificar e quantificar a percepção do paciente com hanseníase em relação à doença por meio da Escala de Lócus de Controle da Saúde.

## MATERIAL E MÉTODO

O estudo desenvolvido nesta pesquisa foi descritivo, qualitativo e quantitativo que se iniciou após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Unirg com protocolo nº. 0052/2009.

A amostragem foi de 59 pacientes, que estavam em tratamento de hanseníase na Policlínica Dr. Luís Santos Filho e na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Unirg, município de Gurupi, Tocantins, no período de Maio a Novembro de 2008.

Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os pacientes responderam ao questionário sociocultural, que avaliou os aspectos idade, gênero, escolaridade, renda e desistência ao tratamento. Em seguida, responderam à Escala de Lócus de Controle da Saúde adaptada para a língua portuguesa.<sup>12</sup> O questionário foi aplicado pelo próprio examinador em forma de entrevista.

O prontuário de cada paciente foi utilizado para a obtenção de informações a respeito da classificação operacional da hanseníase: paucibacilar ou multibacilar.

De acordo com a escolaridade, os pacientes foram divididos em cinco grupos: analfabeto (AN), ensino fundamental completo (EFC), ensino fundamental incompleto (EFI), ensino médio completo (EMC) e ensino superior (ES).

Em relação à renda, os pacientes foram divididos em três grupos, sendo um grupo composto por aqueles que tinham renda de até um salário mínimo, outro grupo que foi composto por aqueles que tinham renda maior que um salário mínimo e àqueles que não a especificaram.

Os pacientes que desistiram do tratamento, por pelo menos uma vez, foram considerados com menor adesão ao tratamento.

Após responderem ao questionário sócio-demográfico, os pacientes responderam à Escala de Lócus de Controle da Saúde que consta de 18 perguntas, divididas em seis perguntas específicas por subescala: internalidade (IHLC) e externalidade outros poderosos (PHLC) ou externalidade acaso (CHLC).

Foram cinco níveis de resposta, que se seguem: 1 - totalmente de acordo, 2 - concordo em parte, 3 - indeciso, 4 - discordo em parte e 5 - discordo totalmente.

Por meio das respostas foram obtidos três escores, sendo um escore para cada subescala. Quanto menor o escore obtido, maior a crença na subescala correspondente.<sup>15</sup>

As análises estatísticas realizadas incluíram análises descritivas de frequência, tendência central e dispersão. Posteriormente, procedeu-se ao tratamento estatístico (não-paramétrico e paramétrico) dos dados. Para a verificação de associação entre variáveis categóricas foi aplicado o teste do Qui-quadrado com correção de Yates. Com a finalidade de comparar os Lócus de Controle IHLC, PHLC e CHLC foram realizadas: Análise de Variância (Anova) *One-way* e Teste *post hoc* Tukey, quando a distribuição dos dados apresentou normalidade, ou Anova *Kruskal-Wallis* seguido do Teste *post hoc* *Student-Newmann-Keuls*,

quando a distribuição dos dados não apresentou normalidade. As Anova tinham como objetivo verificar se havia diferença entre os Lócus de Controle e os Testes *post hoc*, para conhecer quais Lócus apresentavam diferenças estatisticamente significativas. Nos casos em que as comparações foram bivariadas, quando não houve normalidade dos dados, o teste aplicado para a comparação das medianas foi o de *Mann-Whitney* e, quando houve normalidade, para a comparação de médias foi utilizado o teste *t de Student*. Para todas as análises utilizou-se o programa Bioestat 4.<sup>16</sup> O nível de significância estabelecido para se considerar diferenças estatisticamente significativas foi  $p < 0,05$ , ou seja, a probabilidade de 95% da diferença encontrada não ser devida ao acaso.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 59 voluntários, cuja média de idade foi de  $43,90 \pm 18,09$  anos. A distribuição segundo o gênero, escolaridade, renda e classificação operacional da hanseníase encontra-se na tabela 1.

**Tabela 1:** Gênero, escolaridade, renda, classificação operacional e adesão ao tratamento. Gurupi, Tocantins, 2008

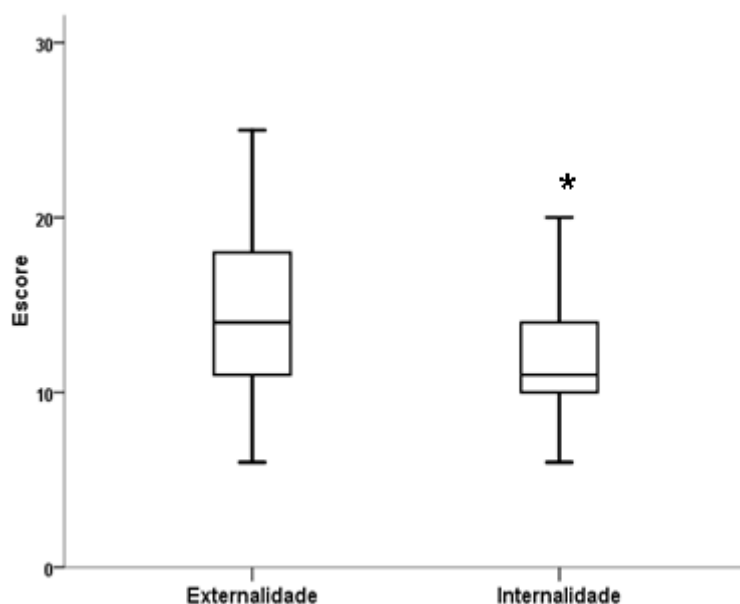
Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	26	44,06
Masculino	33	55,94
Total	59	100,00
<b>Escolaridade</b>		
Até 8 anos (AN, EFI)	33	55,93
Acima de 8 anos (EFC, EM, ES)	26	44,07
Total	59	100,00
<b>Renda</b>		
Menor que 1 salário mínimo	4	6,78
Maior que 1 salário mínimo	44	74,58
Não especificaram	11	18,64
Total	59	100,00
<b>Classificação Operacional</b>		
Paucibacilar	16	27,12
Multibacilar	43*	72,88*
Total	59	100,00

Legenda: \*( $p=0,0007$ )

Considerando o grupo de pessoas que desistiram pelo menos uma vez do tratamento, o que corresponde a 16,95% (n=10), verificou-se que sete deles tinham escolaridade de até oito anos (AN, EFI) enquanto que três deles tinham escolaridade superior a oito anos (EFC, EM, ES). Verificou-se que os pacientes com maior escolaridade tiveram maior adesão ao tratamento ( $p < 0,00001$ ).

Em relação à escolaridade e renda (n=59), não houve diferença estatisticamente significativa entre as subescalas do Lócus de Controle da Saúde.

Na população amostrada (n=59), houve predomínio da subescala internalidade em relação à externalidade ( $p = 0,0025$ ) (Figura 1).



**Figura 1:** Lócus de Controle da Saúde em pacientes com hanseníase (n=59).

Quando houve comparação entre as subescalas, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre PHLC e CHLC ( $p = 0,0139$ ) e também entre CHLC e IHLC ( $p < 0,0001$ ). Os valores de escores de cada subescala encontram-se dispostos na tabela 2.

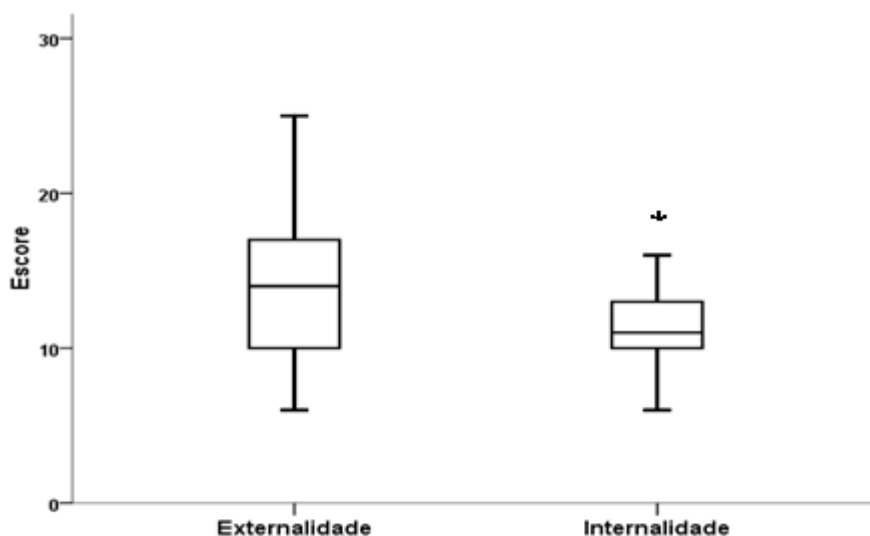
**Tabela 2:** Resultados médios e desvios-padrão (dp) na Escala de Lócus de Controle da Saúde obtidos para 59 pacientes portadores de hanseníase atendidos na Policlínica “Dr. Luís Santos Filho” e na Clínica-Escola de Fisioterapia do Centro Universitário UNIRG, Gurupi, Tocantins, 2008

	Subescala		
	PHLC	CHLC	IHLC
Média	13,29	15,46*	12,24**
Desvio Padrão	4,16	4,87	3,85

Legenda: \*Diferença estatística significativa entre PHLC e CHLC ( $p = 0,0139$ ).

\*\* Diferença estatística significativa entre CHLC e IHLC ( $p < 0,0001$ ).

Em relação ao gênero masculino (n=33), verificou-se o predomínio da internalidade em relação à externalidade ( $p = 0,0047$ ) (Figura 2).



**Figura 2:** Lócus de Controle da Saúde no gênero masculino portadores de hanseníase (n=33)

Nos pacientes que tinham a classificação operacional multibacilar (n=43) também houve predomínio da internalidade em relação à externalidade ( $p=0,0044$ ). Estes pacientes tiveram 20,93% de desistência ao tratamento em relação ao grupo paucibacilar que teve a desistência de 6,25% ( $p=0,0071$ ).

De acordo com a amostragem, verificou-se o elevado percentual de suficiência da amostra do presente estudo (n=59), que representou

25,88% do total de pacientes diagnosticados com hanseníase na região Sul do Estado, tendo o ano de 2008 como referência (n=228), segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde. O intervalo de confiança (IC) a 95% de probabilidade, obtido para a referida amostra (n=59), variou de 50,5 a 67,5 pacientes, portanto, os dados obtidos neste estudo podem ser extrapolados para toda região Sul do Estado.

## DISCUSSÃO

Não houve diferença entre os sexos em relação à adesão ao tratamento. Segundo Oliveira e Romanelli<sup>9</sup> as mulheres são mais vaidosas e cuidam mais da sua saúde. Considerando a hanseníase como uma doença deformante e incapacitante, a adesão de ambos os sexos se faz importante para controle, tratamento e prevenção de deformidades em decorrência da doença.

Verificou-se que a escolaridade foi um determinante na adesão ao tratamento, sendo que os pacientes que estudaram mais de oito anos aderiram-se mais ( $p<0,0001$ ). Esse resultado foi encontrado em outros estudos que também relatam a escolaridade como determinante na adesão de pacientes com hanseníase ao tratamento PQT.<sup>6-17</sup>

Somente 10 pacientes que corresponderam a 17% da amostragem (n=59), abandonaram o tratamento ao menos uma vez, sendo que não houve diferença estatística

significativa em relação à porcentagem de desistência de 27%, no ano de 2005, no Estado do Tocantins.<sup>18</sup>

A menor adesão ao tratamento também foi verificada nos pacientes com hanseníase multibacilar (n=43), cujo percentual de desistência foi de 20,93% ( $p=0,0071$ ) em relação aos pacientes paucibacilares em que a desistência foi de 6,25%.

Infere-se, portanto, que a maior desistência pode ser atribuída ao tempo de tratamento PQT que pode variar de 12 a 18 meses. Os episódios reacionais são, também, mais freqüentes, os quais explicam as deformidades e incapacidades mais presentes nesse grupo.

Dessa forma, a condição clínica dos pacientes multibacilares pode constituir uma situação aversiva que leva os indivíduos ao comportamento de fuga e de desistência ao tratamento.

Evitar os contatos sociais acontece para que o paciente não seja submetido a constrangimentos, como: eles responder as perguntas relacionadas à doença, de sentir-se rejeitado pelo medo de contágio por parte das pessoas que os rodeiam, embora não se pode generalizar que todos os pacientes que apresentam deformidades sejam esquivos ao contato social.

Na população amostrada (n=59), verificou-se o predomínio da subescala internalidade em relação à externalidade (p=0,0025) e também em relação à subescala CHLC (p<0,0001), Figueiredo et al.<sup>11</sup> verificaram o predomínio da internalidade em pacientes com HIV. Foi encontrado em outro estudo, resultado semelhante em estudantes de Odontologia.<sup>19</sup>

A internalidade também predominou no sexo masculino (n=33) (p=0,0047) e também no grupo multibacilar (n=43) (p=0,0012).

Segundo Rodrigues e Pereira<sup>20</sup> as pessoas que fazem parte da subescala internalidade demonstram características bastante distintas como interesse, auto-estima elevada e motivação de auto-realização e persistência.

Dessa forma, mesmo que os pacientes multibacilares desistem mais do tratamento, essa situação pode ser modificada quando se verifica o predomínio da internalidade que permite inferir o enfrentamento da situação, visto que a superação da estigmatização depende do paciente se expor às situações sociais.

Os cinqüenta e nove cientes deste estudo, representaram 25,88% do total de pacientes diagnosticados com hanseníase na região Sul do Estado. Portanto, pode-se considerar o predomínio da internalidade nos pacientes da região Sul do Estado, uma vez que a amostra foi suficiente para tal afirmação.

Conhecer a subescala em que o paciente com hanseníase está é de fundamental importância para que se possa implementar um programa de tratamento com melhor adequação da equipe de saúde e com características multi e interdisciplinares.

Como a maioria dos pacientes deste estudo apresentaram a forma multibacilar e, portanto estão mais predispostos à deformidades em decorrência das alterações motoras, sensitivas, o profissional de fisioterapia deve ser membro integrante da equipe de saúde, atuando na reabilitação do paciente, individualmente, como promovendo atividades em grupo por meio de dinâmicas, cinesioterapia, educação em saúde que visem a prevenção e tratamento das incapacidade e deformidades e também das úlceras que podem culminar com amputações dos membros com conseqüente comprometimento funcional do paciente.<sup>21</sup>

As intervenções específicas dos profissionais de fisioterapia beneficiam o paciente com tratamento direcionado as suas necessidades pessoais visando maior eficácia na prevenção e tratamento das deformidades<sup>22</sup>, integralização do paciente com o grupo<sup>23-24</sup> e garantindo maior independência nas atividades de vida diárias que são comprometidas quanto maiores forem as incapacidades e deformidades decorrentes da hanseníase.

A maior possibilidade de integração e convívio social, permite aos pacientes que sentirem-se mais preparados para as situações de enfrentamento da doenças, juntamente com as deficiências e incapacidades impostas pela mesma.

O enfrentamento é ainda mais facilitado quando verifica-se o predomínio da subescala internalidade nesta amostra, o que permite inferir maior motivação e capacidade de superação do paciente a sua doença.

A suficiência da amostra, conforme verificado por este estudo permite identificar que há possibilidades reais de diminuir a transmissão da doença por meio da busca precoce, adoção de prevenção e tratamento adequado das deformidades e incapacidades garantindo melhor qualidade de vida do paciente.

Quanto mais completa e interdisciplinar a equipe de saúde, maior será a possibilidade de busca precoce, adesão ao tratamento, prevenção e tratamento das incapacidades que são essenciais para atingir a meta de controle da doença na região Norte, Centro-Oeste e Nordeste, que são consideradas regiões hiperendêmicas no Brasil.

A partir deste estudo, novos são sugeridos, tais como estudos multicêntricos com o mesmo tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003; 36(3): 373-82.
2. Imbiriba EB, Guerrero JCH, Garnelo L, Levino A, Cunha MG, Pedrosa V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. Rev Saúde Pública. 2008; 42(6): 1021-26.
3. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16(2):75-84.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades. 2 ed. Brasília; 2001.
5. Lima S. Tocantins tem o 2º maior índice do País, 29 Jan 2005. Acesso em: 30 Mar. 2008.

- Disponível em:  
<http://www2.jornaldotocantins.com.br/antiores/2.htm>
- 6.** Sobrinho RAS, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6):1125-30.
- 7.** Souza MM, Silva GB, Henriques MERM. Significado de ser idoso/ doente de Hanseníase. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2005;7(3):327-32. Acesso em: 14 Fev. 2008. Disponível em:  
[http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7\\_3/original\\_10.htm](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_10.htm)
- 8.** Simões MJS, Delello D. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do Município de São Carlos – SP, *Revista Espaço para a Saúde*. 2005;7(1):10-5.
- 9.** Oliveira PHM, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad Saúde Públ*. 1998;14(1):51-60.
- 10.** Salazar AR, Parra MC, Hernandez CM, Rujano R, Salas J. El estigma en La representación social de La lepra. *Cad Saúde Pública*. 1995;11(4):535-42.
- 11.** Figueiredo MAC, Terenzi NM, Machado AA. Um estudo diferencial sobre crenças de portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), relacionadas ao enfrentamento psicológico das condições de contágio. *Medicina*. 1999;32:294-302.
- 12.** Dela Coleta MF. Escala multidimensional de lócus de controle de levenson. *Arq Bras Psic*. 1987; 39(2): 79-97.
- 13.** Almeida JP, Pereora MG. Lócus de Controlo de Saúde, conceito e validação duma escala em adolescente com diabetes tipo I. *Psicologia, saúde e doenças*. 2006;7(2):221-38.
- 14.** Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3): 365-73.
- 15.** Rosero JER, Ferriani MGC, Dela Coleta M.F. Escala de Lócus de Controle da Saúde - MHLC: estudos de validação. *Rev Latino-Am Enf*. 2002; 10(2):179-84
- 16.** Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL. *BioEstat 4.0: Aplicações estatísticas nas áreas das Ciências Biológicas e Médicas*. 4 ed. Belém: Sociedade Civil Mamirauá; 2005.
- 17.** Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Prevenção de Incapacidades*. 2. ed. Brasília; 2001.
- 18.** Tocantins. Secretaria Estadual de Saúde. *IV carta municipal de eliminação da hanseníase*, mar 2005. Disponível em:  
<http://www.hanseníase.to.gov.br>> Acesso em: 03 setembro de 2008.
- 19.** Bacci AF, Cribardoso CL, Pasian SR. Lócus de Controle em Estudantes de Odontologia: uma contribuição para o estudo de aspectos da personalidade. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2002;52(1): 36-41.
- 20.** Rodrigues MD, Pereira AAC. A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estud Pesqui Psicol* 2007;7(3):541-56.
- 21.** Marques CM, Moreira D, Almeida PN. Atuação fisioterapêutica no tratamento de úlceras plantares em portadores de hanseníase: uma revisão bibliográfica. *Hansen Int*. 2003;28(2): 145-50.
- 22.** Lima GM, Miranda MGR, Ferreira TCR. Ação do exercício terapêutico nas neurites crônicas de membros superiores em pacientes portadores de hanseníase atendidos na Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcello Candia. *Hansen Int* 2009;34(1): 9-16.
- 23.** Resende DM, Souza MR, Santana CF. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Hansen Int*. 2009;34(1):27-36.
- 24.** Brasil. Portaria n. 1073/GM, 26 setembro de 2000. *Diário Oficial da União: Seção 1*. 2000 setembro: 1.