Contraceptive counseling for women with intellectual disability
Aconselhamento contracetivo em mulheres com deficiência intelectual

Catarina Marçal da Silva[1], Inês Neves Gomes[1], Ana Beatriz Godinho[1]
Hospital Garcia de Orta

Abstract

The contraceptive counselling to people with severe intellectual disability is a challenge. The healthcare professional ought to be a facilitator of healthcare access and it should attend patient's needs, always respecting the wishes and autonomy, but also the concerns of caretakers. This article intends to revise the contraceptive choices available, but also address its non-contraceptive benefits and legal issues as the rights of people with disabilities, crimes against sexual self-determination and other issues such as cervical and breast cancer early detection.

Keywords: Contraception; Counseling; Intellectual Disability

Resumo

O aconselhamento contracetivo a doentes portadores de deficiência intelectual (DI) grave é um desafio. O profissional de saúde deve ser um agente facilitador de acesso a cuidados de saúde e deve considerar as preocupações dos cuidadores informais, respeitando os desejos e autonomia da doente. Pretende-se com este artigo rever as escolhas contracetivas disponíveis, bem como os seus benefícios não contracetivos, abordando ainda temas como a participação em rastreios de cancro do colo do útero e da mama, questões legislativas, tais como os direitos da pessoa com deficiência e crimes contra a autodeterminação sexual.

Palavras-chave: Contraceção; Aconselhamento; Deficiência intelectual.

INTRODUÇÃO

A saúde reprodutiva é essencial a uma vida sexual satisfatória e responsável, englobando não só aspetos relacionados com o controlo de fertilidade, mas também com a prevenção de transmissão de infeções sexualmente transmissíveis (IST)[1,2]. É uma área desafiante e que deve permitir o acesso equitativo a todas as pessoas, incluindo pessoas portadoras de deficiência[3].

Estima-se que na Europa, 1% da população tenha uma deficiência intelectual grave (1.1 a 1.5 milhões de pessoas em 15 países na União Europeia)[4,5]. Os últimos dados registados em Portugal em 2001 revelam que existem 636.059 pessoas a viver com algum tipo de deficiência, entre os quais quase 71.000 têm deficiência intelectual e cerca de 15.000 têm paralisia cerebral[6].

A deficiência intelectual (DI) é o transtorno do neurodesenvolvimento no qual pode existir uma dificuldade permanente na resolução de problemas, planeamento e raciocínio[7]. Apesar dos mitos e preconceitos que envolvem esta população, estima-se que 70% das mulheres com DI têm uma vida sexual ativa. Devido à sua capacidade mental, dificuldade em negociar numa relação íntima, à dependência de terceiros e à falta de conhecimentos sobre sexo e sexualidade, as pessoas com DI são particularmente suscetíveis a crimes

1. Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada, Portugal.

contra a autodeterminação sexual[8]. Ademais, as mulheres com DI podem ter dificuldade em aceder aos cuidados de saúde, em realizar rastreios de saúde (como o rastreio de IST ou do cancro do colo do útero) e decidir qual o método contracetivo que pretendem utilizar face às imposições do seu cuidador principal (por falta de conhecimentos ou dificuldades de comunicação inerentes à sua DI)[9].

Para o profissional de saúde, os desafios são múltiplos: os estigmas relativamente à vida sexual destas doentes podem afetar a relação médico-doente, ignorando as preocupações das doentes em relação à sua sexualidade, a comunicação verbal pode ser complicada (e consequente educação sexual) e a falta de colaboração pode dificultar o exame ginecológico, o que pode afetar a qualidade dos cuidados prestados[10,11]. Num estudo recente realizado no Brasil que inclui 143 ginecologistas, 54% sentiam-se apreensivos em realizar um exame ginecológico de rotina, mas 60% sentiam-se preparados no aconselhamento contracetivo de adolescentes com DI. Neste estudo, a principal barreira identificada no aconselhamento contracetivo de adolescentes com DI foi o tempo de consulta limitado[11].

Deste modo, para prestar cuidados de saúde reprodutiva a pessoas com DI, deve considerar-se as preocupações dos doentes, dos cuidadores informais (contraceção eficaz, controlo da dismenorreia, epilepsia catamenial, comportamentos inapropriados durante a menstruação, higiene menstrual), mas também as comorbilidades, possíveis interações medicamentosas e acima de tudo, o respeito pelo grau de autonomia e os desejos da doente em questão[8,12,13]. Dado o maior risco de crimes contra a autodeterminação sexual, risco de gravidez indesejada e o agravamento da situação clínica de base com uma eventual gravidez, este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão sobre o aconselhamento contracetivo em mulheres com deficiência intelectual, abordando ainda assuntos como crimes contra a autodeterminação sexual e rastreios do cancro da mama e do colo do útero nesta população.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na *Pubmed* usando as palavras-chave segundo a terminologia MESH: "Intellectual Disability", "Contraception", "Counseling". Nesta revisão, foram incluídos artigos disponíveis em texto completo *(full-text)*, escritos em português ou inglês e publicados a partir de 1 de janeiro de 1994.

ENQUADRAMENTO LEGAL

Na Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é dada importância à igualdade e à não discriminação, como podemos verificar no artigo 5.º que refere que "os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer discriminação, a igual proteção e benefício concedido pela lei". No artigo 23.º é referido ainda que "os Estados Partes devem tomar medidas eficazes e apropriadas para eliminar a discriminação contra as pessoas com deficiência em todas as matérias relacionadas com o casamento, família, parentalidade e relacionamentos, numa base igual aos outros"[14].

Nas "Normas para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas com Deficiência" será relevante mencionar a norma n.º 9 que refere que "os Estados devem promover a plena participação das pessoas com deficiência na vida em família. Devem promover o seu direito à dignidade pessoal e garantir que a legislação não estabeleça discriminações contra as pessoas com deficiência no que se refere a relações sexuais, casamento e poder paternal" (Cadernos SNR, n.º 3, 1995). Nomeando o artigo 2 da norma n.º 9 "não deve ser negada às pessoas com deficiência a possibilidade de viverem a sua sexualidade, terem relações sexuais e filhos. Tendo em conta que as pessoas com deficiência podem ter dificuldade em casar e constituir família, os Estados devem estimular a existência de serviços de aconselhamento adequados. As pessoas com deficiência devem ter acesso como os demais cidadãos aos métodos de planeamento familiar, assim como a uma informação acessível sobre o funcionamento sexual do seu corpo" (Cadernos SNR, n.º 3, norma n.º 9, 2; 1995)[15].

ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO A MULHERES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A consulta de saúde sexual e reprodutiva é um

momento privilegiado para promover uma sexualidade segura e saudável, reforçando comportamentos protetores como a utilização de métodos de barreira na prevenção de IST, encorajando a autonomia e a toma de decisão conjunta na escolha do método contracetivo. No entanto, dadas as dificuldades inerentes a estas doentes, a comunicação pode ser difícil e cenários de aconselhamento contracetivo devem ser treinados entre profissionais de saúde[9,16].

Na escolha do método contracetivo deverão ser considerados alguns aspetos[13,17]: efeito desejado (contraceção eficaz, amenorreia, tratamento da acne), idade, índice de massa corporal, comorbilidades e interações medicamentosas. Outros fatores importantes a ter em consideração são: o risco de tromboembolismo venoso (TEV), o risco de osteoporose, a capacidade de deglutição, a capacidade mental, a capacidade de *compliance* e o desejo e consentimento da mulher. A escolha deve ser individualizada, equilibrando eficácia contracetiva com a *compliance* da doente[12,18]. Atualmente os métodos hormonais são os mais utilizados na prática clínica pela eficácia contracetiva e supressão menstrual[11,19]. Segundo Wu *et al* (2018), apesar da elevada eficácia dos métodos reversíveis de longa duração *(LARCs)* é menos provável que sejam recomendados a mulheres com DI. A inexperiência na realização de exame ginecológico e colocação de *LARCs* a doentes com DI pode desencorajar os médicos a proporem estes métodos às suas doentes e cuidadores informais[19].

De seguida abordar-se-ão os métodos contracetivos disponíveis em Portugal e os problemas associados às mulheres com DI (Quadro I). Não se abordará o anel vaginal dado o contexto das doentes com DI grave, na qual a capacidade para colocar/substituir o anel vaginal pode estar comprometida[13].

CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA

A contraceção hormonal combinada (CHC) oral pode ser uma escolha inicial dado que é muito útil na redução da dismenorreia e do fluxo menstrual e a sua toma contínua pode induzir amenorreia em 62% das utilizadoras, amenizando as questões higiénicas e problemas agravados pela menstruação (convulsões, anemia, hemorragia uterina anormal entre outros). Dado que as pílulas com mais baixa dose de estrogénios estão associados a *spotting* e a um maior impacto na densidade mineral óssea nas adolescentes deve ponderar-se a utilização de pílulas com 30 µg de etinilestradiol em adolescentes[13,20,21]. Como requisitos, a doente deve ser capaz de deglutir o comprimido (não deve ser esmagado) e deve ser tido em consideração as contraindicações à sua utilização e o risco de TEV (principalmente se houver outros fatores de risco como obesidade e mobilidade reduzida). A CHC tem várias potenciais interações medicamentosas incluindo os anticonvulsivantes[20] (carbamazepina, lamotrigina) que na sua maioria são indutores enzimáticos, tendo dois efeitos: a redução da sua eficácia contracetiva e o risco de toxicidade (no caso da lamotrigina nos dias de pausa da CHC)[17]. Por esse motivo, deve haver uma articulação multidisciplinar na organização do plano terapêutico (por exemplo, preferir regimes com valproato de sódio, gabapentina ou levetiracetam)[17].

Os pensos trandérmicos são uma alternativa nas doentes com dificuldade na deglutição de comprimidos. Embora seja limitada a evidência científica que sugere uma diminuição da eficácia do sistema transdérmico nas mulheres com peso corporal superior a 90 kg[20], a sua eficácica pode ser afetada pela remoção acidental do penso. Para contornar este problema, os pensos podem ser colocados em áreas de difícil acesso pela própria (área escapular ou dorsal). Como desvantagens, em relação à CHC oral, alguns estudos mostram uma tendência para um risco ligeiramente superior de TEV e de efeitos indesejáveis (náuseas, mastodinia e irritação cutânea)[13].

CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA ORAL

A contraceção progestativa oral (CPO) pode ser utilizada em mulheres com DI não elegíveis para CHC. Em Portugal existem atualmente duas formulações: desogestrel na dose de 75 µg diário e drospirenona 4 mg. No entanto, tal como a CHC oral, tanto os comprimidos de desogestrel como os de drospirenona têm de ser deglutidos inteiros. Como efeitos indesejáveis podem causar perda hemática irregular *(spotting)* não garantindo um padrão hemorrágico previsível como a CHC, podendo agravar as questões higiénicas em doentes com

QUADRO I. MÉTODOS CONTRACETIVOS REVERSÍVEIS EM MULHERES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PORTUGAL (NÃO INCLUI O USO DE PRESERVATIVO OU ANEL VAGINAL).

Método	Amenorreia*	Vantagens para doentes com DI	Desvantagens para doentes com DI
CHC oral ou transdérmico semanal	62%**	Higiene menstrual Controle hemorrágico Diminuição da dismenorreia Redução epilepsia catamenial**	Toma oral diária Eficácia dependente da *compliance* Risco TEV Interações medicamentosas†: indutores enzimáticos reduzem a sua eficácia contracetiva e pode induzir toxicidade à lamotrigina (toma não contínua)
CPO (desogestrel e drospirenona)	50% DSG 40-50% DRSP	Controle hemorrágico (DRSP > DSG) Higiene menstrual Redução epilepsia catamenial Risco TEV reduzido Risco metabólico reduzido	Toma oral diária Eficácia dependente da *compliance* Irregularidades menstruais *(spotting)* Interações medicamentosas†: indutores enzimáticos reduzem a sua eficácia contracetiva. DRSP com risco de hipercaliémia (se toma conjunta de AINE, IECA ou espironolactona)
Implante SC E	20%	Risco TEV reduzido Risco metabólico reduzido Sem efeito na DMO Contraceção eficaz por 3 anos	Colocação com necessidade de colaboração (com eventual necessidade de sedação) *Spotting* Interações medicamentosas†: indutores enzimáticos (fenitoína e carbamazepina) mas sem redução eficácia contracetiva
SIU-LNG	40-50% (SIU-LNG de 52 mg)	Higiene menstrual Controle hemorrágico Risco TEV reduzido Diminuição da dismenorreia Sem efeito na DMO Contraceção eficaz por 3-7 anos	Colocação com necessidade de colaboração (com eventual necessidade de sedação) Irregularidade menstrual (1.os meses) Riscos (perfuração, infeção, expulsão) Interações medicamentosas†: indutores enzimáticos (fenitoína e carbamazepina) mas sem redução eficácia contracetiva para SIU-LNG de 52 mg
DMPA	70%	Higiene menstrual Contraceção eficaz Controle da epilepsia catamenial Eficácia não modificada por indutores enzimáticos	Administração injeção IM 12/12semanas *Spotting* Aumento ponderal Diminuição da DMO***
DIU-Cu	Sem amenorreia	Sem interações medicamentosas Sem efeito na DMO Sem efeito no risco TEV Contraceção eficaz por 10 anos	Colocação com necessidade de colaboração (com eventual necessidade de sedação) Riscos (perfuração, infeção, expulsão) Aumento do fluxo menstrual (duração e quantidade) Pode agravar a dismenorreia

Legenda: * Amenorreia ao fim de um ano de utilização, ** Toma oral contínua *** Utilização prolongada. † – Se toma de Valproato de sódio ou Topiramato ≤ 200mg/dia não há contra-indicação para contraceção hormonal. AINE – Anti-inflamatórios não esteroides, CHC – contraceção hormonal combinada, CPO – contraceção progestativa oral, DIU-Cu – dispositivo intrauterino de cobre, DMPA – Depot de Acetato de medroxiprogesterona; DMO – Densidade mineral óssea; DRSP – Drospirenona; DSG – Desogestrel; IECA – Inibidores da enzima de reconversão da angiotensina, IM – Intramuscular, Implante SC E – Implante subcutâneo de etonogestrel, SIU-LNG – sistema intrauterino de levonorgestrel, TEV – tromboembolismo venoso.

DI[13]. A pílula de desogestrel pode induzir amenorreia em 50%das suas utilizadoras em 12 meses[17] e a pílula de drospirenona em 40-50% das utilizadoras em 6 ciclos[22]. A CPO não parece estar associada a um aumento de peso significativo[22]. Relativamente às formulações com drospirenona, estas podem desencadear hipercaliémia em doentes sob espironolactona, inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou anti-inflamatórios não esteroides de forma prolongada[17].

CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA SUBCUTÂNEA – IMPLANTE

O implante subcutâneo de etonogestrel é um método contracetivo hormonal, reversível e de longa duração muito eficaz. Proporciona uma contraceção eficaz demonstrada até 3 anos e não parece ter efeitos na densidade mineral óssea ao fim de 12 meses de utilização[23]. Pode associar-se a um padrão hemorrágico imprevisível, sendo a amenorreia atingida numa minoria das doentes (20%) o que pode criar um problema de higiene menstrual. Para além disso, algumas doentes com DI não aceitam o dispositivo e as suas tentativas de remoção podem aumentar o risco de infeção local[13,17]. A sua colocação, e principalmente a sua substituição, pode ser uma fonte de ansiedade pelo que é importante explicar o procedimento à doente de uma forma que ela entenda e colabore na sua colocação/substituição[12,13].

CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA INJETÁVEL

O acetato de medroxiprogesterona injectável é um método contracetivo eficaz e capaz de induzir amenorreia na maioria dos casos[13,20], pelo que pode ser utilizado para controlar a epilepsia catamenial[24]. Na dose de 150 mg não parece haver diminuição da sua eficácia contracetiva com o uso simultâneo de indutores enzimáticos[17]. Apesar do seu baixo risco tromboembólico, a sua utilização deve ser ponderada em doentes com múltiplos fatores de risco de doença cardiovascular (obesidade, diabetes e HTA não controlada)[17]. Este método está associado a *spotting* (até 49% dos casos), aumento ponderal, principalmente em mulheres com excesso de peso, e a sua utilização prolongada pode estar associada a uma diminuição da densidade mineral óssea[20]. A osteopenia pode ser um problema grave em mulheres jovens com DI que ainda não atingiram o pico de massa óssea, apresentem mobilidade reduzida e estejam polimedicadas com antiepiléticos e corticoides[13,20].

CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA

A contraceção intrauterina é um método contracetivo reversível e de longa duração, incluindo os dispositivos intrauterinos de Cobre (DIU-Cu) e os sistemas intrauterinos com levonorgestrel (SIU-LNG). O DIU-Cu permite uma contraceção eficaz até 10 anos, no entanto pode não ser uma boa alternativa nas doentes com DI, dado que o DIU-Cu pode causar menstruações mais abundantes e prolongadas (por endometrite crónica e inflamação local) agravando assim as questões higiénicas destas doentes[17].

O SIU-LNG é um método contracetivo muito eficaz durante 3-7 anos (dependendo da dosagem de levonorgestrel) que permite um controlo da dismenorreia e da hemorragia uterina anormal (principalmente nas suas formulações de 52 mg). Cerca de 40-50% das utilizadoras do SIU-LNG 52 mg ficam em amenorreia após um ano da sua colocação e não parece ter efeitos na densidade mineral óssea[17,25]. Como desvantagens, este método só é elegível para cavidades uterinas com mais de 5,5-6 cm (no caso do SIU-LNG de 52 mg)[26], nos primeiros 3 meses pode causar irregularidades menstruais e a sua colocação em doentes com DI pode ser fonte de ansiedade, podendo haver necessidade de sedação ou anestesia[20].

MÉTODOS DE BARREIRA

Não existem muitos estudos sobre a utilização de métodos de barreira nesta população. Num estudo que incluiu adultos com DI, Gil-Llario *et al.* demonstraram que 41,1% dos adultos com DI utilizavam o preservativo de forma regular[8]. Por ser o único método que protege contra IST, deve providenciar-se ações de educação sexual adaptadas às capacidades e autonomia das doentes com DI, de forma a promover a sua utilização regular.

CONTRACEÇÃO DEFINITIVA

Em Portugal, a legislação prevê a realização de esterilização cirúrgica – laqueação tubária ou salpingectomia bilateral (Diário da República n.º 71/1984, Série I de 1984-03-24. 981–983) em indivíduos com mais de 25 anos "mediante declaração assinada contendo a inequívoca manifestação de vontade de submeter-se à necessária intervenção". Esta é uma temática controversa e a maioria dos autores refere que apenas deve ser considerada em mulheres com vida sexual ativa, com insucesso ou contraindicação para outros métodos contracetivos[12,17,27].

Como em qualquer método contracetivo, a autonomia, os direitos e desejos da doente com DI devem ser levados em consideração antes da realização de um procedimento definitivo[12,20]. Atualmente existem métodos contracetivos eficazes e menos invasivos que tanto beneficiam a doente como respondem às preocupações dos seus cuidadores, pelo que a contraceção definitiva deve ser o último recurso[25].

BENEFÍCIOS NÃO CONTRACETIVOS DA CONTRACEÇÃO EM MULHERES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A menstruação pode criar um problema adicional em jovens com autocuidado deficiente ou mobilidade reduzida e é uma preocupação dos cuidadores. As crianças com alterações do neurodesenvolvimento têm 20 vezes maior risco de apresentar uma menarca precoce[27]. Para além disso, a menstruação pode agravar algumas condições médicas (epilepsia catamenial), exacerbar problemas comportamentais (recusa em utilizar pensos higiénicos), causar dismenorreia ou hemorragia uterina anormal[13,25]. A contraceção na mulher com DI pode ser utilizada para reduzir ou suprimir a menstruação, podendo melhorar alguns sintomas como as variações de humor e comportamentais cíclicas[28].

SUSCETIBILIDADE A CRIMES CONTRA A AUTODETERMINAÇÃO SEXUAL

Enquanto a contraceção protege da gravidez indesejada, não protege contra IST (exceptuando o uso de preservativo) ou crimes contra a autodeterminação sexual[25]. Estima-se que cerca de 39 a 60% das mulheres com DI sejam vítimas de abuso sexual[8]. Apesar da capacidade para consentir ser uma definição legal, alguns adultos com DI são capazes de tomar decisões informadas sobre uma relação sexual mutuamente consentida. Dada a sua vulnerabilidade, é importante que os cuidadores e profissionais de saúde estejam atentos a sinais de abuso sexual, dado que estas doentes podem não ter capacidade para o reconhecer ou reportar[8,29].

RASTREIO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA EM MULHERES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Apesar do direito ao acesso equitativo a cuidados de saúde preventivos, as mulheres com DI grave têm uma menor probabilidade de participar em programas de rastreio do cancro da mama ou do cancro do colo do útero (RCCU)[10,30,31]. Relativamente ao RCCU pensa-se que as menores taxas de participação se devam a fatores relacionados com os profissionais de saúde, entre as quais: a falta de treino de competências na realização do exame ginecológico em mulheres com DI e preconceitos relacionados com a menor ou ausência de atividade sexual da mulher com DI grave[10]. Neste contexto torna-se importante desmistificar preconceitos e treinar competências nos profissionais de saúde e incentivar as doentes e os seus cuidadores a participarem nos rastreios de saúde, reforçando junto da doente com DI a importância de cuidar do seu corpo e prevenir a doença[32].

CONCLUSÃO

A saúde sexual e reprodutiva das doentes com deficiência intelectual é desafiante. No aconselhamento contracetivo deve ser tida em consideração a autonomia e desejos da doente, bem como as preocupações do seu cuidador. Dado o contexto da doente com comorbilidades, a estratégia contracetiva deve ser definida em equipa multidisciplinar, tendo em consideração os benefícios não contracetivos e a restante medicação da doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Defining sexual health Sexual health document series. WHO publications [Internet]. 2002;(January):1-35. Available from: https://www.who.int/reproductive-health/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

2. Organização Mundial da Saúde Saúde, Humanos D. Saúde Sexual , Direitos Humanos e a Lei. 2015, 88 p, ISBN 978-65-86232-36-3.

3. Nations U. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. 2006.

4. McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic Review of the Prevalence and Incidence of Intellectual Disabilities: Current Trends and Issues. Curr Dev Disord Rep [Internet]. 2016;3(2):104-15. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s40474-016-0085-7

5. European Intellectual Disability Research Network. Intellectual Disability in Europe – working papers. 2003;(March):1-129.

6. PORDATA. População residente com deficiência segundo os Censos: total e por tipo de deficiência (2001) [Internet]. [cited 2022 Mar 14]. Available from: https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+com+deficiência+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+deficiência+(2001)-1239

7. Association AP. DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 2014.

8. Gil-Llario MD, Morell-Mengual V, Ballester-Arnal R, Díaz-Rodríguez I. The experience of sexuality in adults with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research. 2018;62(1):72-80.

9. Höglund B, Larsson M. Ethical dilemmas and legal aspects in contraceptive counselling for women with intellectual disability – Focus group interviews among midwives in Sweden. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2019;32(6):1558-66.

10. Agaronnik N, Pendo E, Lagu T, DeJong C, Perez-Caraballo A, Iezzoni LI. Ensuring the reproductive rights of women with intellectual disability. J Intellect Dev Disabil. 2020;45(4):365-76.

11. Leão DM, Barbosa R, Soares P, Capellari CA, Nisihara R. Gynecological Care for Women With Intellectual Disabilities: A Brazilian Study. 2022;

12. Rowlands S. Learning disability and contraceptive decision-making. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2011;37(3):173-8.

13. Dickson J, Thwaites A, Bacon L. Contraception for adolescents with disabilities: Taking control of periods, cycles and conditions. BMJ Sex Reprod Health. 2018;44(1):7-13.

14. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities – Articles [Internet]. [cited 2022 Mar 14]. Available from: https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html

15. Secretariado Nacional de Reabilitação. Normas para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas com Deficiência. Lisboa; 1995. 43p.

16. Wickström M, Larsson M, Höglund B. How can sexual and reproductive health and rights be enhanced for young people with intellectual disability? – Focus group interviews with staff in Sweden. Reprod Health. 2020;17(1):1-10.

17. Contraceção 2020. Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC). 2020;

18. Wingfield, Mary; Healy, David, Nicholson A. Gynecological care for women with intellectual disability. Med J Aust. 1994;160(2 May):536-9.

19. Wu J et al. Provision of Moderately and Highly Effective Reversible Contraception to Insured Women With Intellectual and Developmental Disabilities. Obstet Gynecol. 2018;132(3):565-574.

20. Wandresen G, Sgarbi F, Nisihara R. Management of contraceptives and menstrual complaints in patients with Down syndrome. Gynecological Endocrinology [Internet]. 2019;35(2):103-8. Available from: https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1501017

21. Hee L, Kettner LO, Vejtorp M. Continuous use of oral contraceptives: An overview of effects and side-effects. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(2):125-36.

22. Chiara Del Savio M, de Fata R, Facchinetti F, Grandi G. Drospirenone 4 mg-only pill (DOP) in 24+4 regimen: a new option for oral contraception. Expert Rev Clin Pharmacol [Internet]. 2020;13(7):685-94. Available from: https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1783247

23. Moray K v., Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. Reprod Health [Internet]. 2021;18(1):1-24. Available from: https://doi.org/10.1186/s12978-020-01054-y

24. Maguire MJ, Nevitt SJ. Treatments for seizures in catamenial (menstrual-related) epilepsy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;2021(9).

25. Adams Hillard PJ. Menstrual Suppression with the Levonorgestrel Intrauterine System in Girls with Developmental Delay. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2012;25(5):308-13. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2012.05.005

26. Johnson BA. Insertion and removal of intrauterine devices. Am Fam Physician. 2005;71(1):95-102.

27. Murphy NA, Elias ER. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. Pediatrics. 2006;118(1):398-403.

28. Nunes FRP, das Neves FA, Geraldes F da PB, Águas Lopes MFR. Contraception in adolescents with intellectual disability. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care [Internet]. 2017;22(6):401-6. Available from: https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1402875

29. Greenwood NW, Wilkinson J. Sexual and Reproductive Health Care for Women with Intellectual Disabilities: A Primary Care Perspective. 2013;2013.

30. Yen SM, Kung PT, Tsai WC. The characteristics and relevant factors of Pap smear test use for women with intellectual disabilities in Taiwan. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):1-8.

31. Andresen EM, Peterson-Besse JJ, Krahn GL, Walsh ES, Hor-

ner-Johnson W, Iezzoni LI. Pap, mammography, and clinical breast examination screening among women with disabilities: A systematic review. Women's Health Issues. 2013;23(4).

32. Arana-Chicas E, Kioumarsi A, Carroll-Scott A, Massey PM, Klassen AC, Yudell M. Barriers and facilitators to mammography among women with intellectual disabilities: a qualitative approach. Disabil Soc. 2020;35(8):1290-314.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Catarina Silva: concretização, curadoria dos dados, análise formal, investigação, metodologia, redação do rascunho original, redação – revisão e edição.
Inês Neves Gomes: concretização, supervisão, visualização, redação do rascunho original.
Ana Beatriz Godinho: supervisão, visualização.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver de conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Catarina Marçal da Silva
E-mail: catarina.marcal.silva@hgo.min-saude.pt
https://orcid.org/0000-0002-8105-1349

RECEBIDO EM: 22/08/2022
ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 30/11/2022