



0873-9781/08/39-5/200

Acta Pediátrica Portuguesa

Sociedade Portuguesa de Pediatria

CASUÍSTICA

Problemas ginecológicos em adolescentes com patologia neurológica

Filipe Glória e Silva¹, Filomena Sousa², Eulália Calado¹

1 - Serviço de Neurologia Pediátrica

2 - Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE – Hospital de Dona Estefânia

Resumo

Introdução: A contraceção e os problemas ginecológicos em adolescentes com patologia neurológica tem uma abordagem geral comum ao grupo etário. Contudo, algumas patologias como a epilepsia e o défice cognitivo (DC) profundo determinam necessidades e desafios adicionais em alguns casos.

Objectivos: Caracterizar as necessidades e os problemas ginecológicos e respectivas opções terapêuticas em dois grupos de adolescentes com doença neurológica, com e sem DC.

População e Métodos: Revisão casuística das adolescentes referenciadas da Consulta de Neuropediatria para a Consulta de Ginecologia de um hospital materno-infantil entre Janeiro de 1998 e Maio de 2007.

Resultados: Foram identificadas 57 referências de adolescentes, 37 com défice cognitivo (65%) e 20 sem défice cognitivo (DC). O DC foi classificado como “límiar” (1), ligeiro (7), moderado (8) ou grave/profundo (21). O segundo diagnóstico mais frequente foi a epilepsia (54% no grupo com DC e 60% no grupo sem DC). A contraceção foi motivo de consulta em 65% dos casos de cada grupo. Em doze adolescentes, foi utilizado o implante hormonal subcutâneo (10 com DC), e dez iniciaram contraceção oral (4 com DC). Não houve diferenças na opção por método hormonal em função da existência ou não de epilepsia ($p=0,54$). A dismenorria foi a queixa ginecológica mais frequente em ambos os grupos ($N=12$). Seis adolescentes com DC profundo foram esterilizadas por necessidade de contraceção e/ou dismenorria intensa, menorrágia ou dificuldades com a higiene menstrual, incluindo quatro laqueações tubárias laparoscópicas, duas histerectomias supracervicais e duas histerectomias totais.

Conclusões: A epilepsia não impede a contraceção hormonal em grande parte dos casos. O implante subcutâneo ultrapassa a dificuldade na adesão à contraceção oral em jovens com DC. Existem questões éticas e legais associadas à esterilização de adolescentes com DC profundo.

Palavras-chave: défice cognitivo, atraso mental, epilepsia, contraceção, esterilização, ética

Acta Pediatr Port 2008;39(5):200-4

Gynecological problems in adolescents with neurological disease

Abstract

Introduction: The gynaecologic needs of adolescents with neurological disease can usually be met by the same approaches as in their normal peers. However, the presence of epilepsy and profound mental retardation (MR) may set additional needs and challenges in some cases.

Aims: To characterize the needs and gynaecologic problems, as well as the therapeutic options, in two groups of adolescents with neurological disorders, with and without MR.

Population and Methods: Case review of adolescents referred from the Paediatric Neurology to Gynaecology outpatient clinics in a mother and child hospital, from January 1998 to May 2007.

Results: A total of 57 adolescents was divided in two groups: 37 (65%) with MR and 20 (35%) without MR, with similar age distribution (average 14,7 and 15,1 years old, respectively). The MR was classified as “borderline” (1), mild, moderate (8) and severe/profound (21). The second most frequent diagnosis was epilepsy. The need for contraception was a reason for referral in 65% of the adolescents in both groups. Twelve subdermal implants were applied for this purpose, mainly in patients with MR (10), and oral contraception was prescribed for 10 adolescents, including four patients with MR. There was no difference between the hormonal contraception rates in the patients with and without epilepsy ($p=.54$). Dysmenorrhoea was the most frequent gynaecological problem in both groups ($N=12$). Six adolescents with profound MR were sterilized for contraception and/or treatment of severe dysmenorrhoea and menstrual bleeding, by

Recebido: 29.10.2007

Aceite: 30.06.2008

Correspondência:

Filipe Glória e Silva
Rua Pedro Álvares Cabral, Lt 16 – 5ºD
2785-394 S. Domingos de Rana
fsilva333@gmail.com
Telefone: 962308232

laparoscopic tubal ligation (4), laparoscopic supracervical hysterectomy (2) or total hysterectomy (2).

Conclusions: The epilepsy therapy is compatible with hormonal contraception in most of the cases. The subdermal implant overcomes the risks of poor compliance with oral contraceptives in adolescents with MR. Complex ethical and legal implications exist concerning the sterilization of adolescents with profound MR.

Key-words: mental retardation, epilepsy, adolescent, contraception, sterilization, ethics.

Acta Pediatr Port 2008;39(5):200-4

Introdução

A patologia neurológica da infância implica com frequência um seguimento prolongado, por vezes até à vida adulta, o que se relaciona com o carácter crónico de algumas destas doenças. Nesta relação continuada, e na nossa experiência, o Neuropediatra assume, muitas vezes, um papel de integração de cuidados médicos/terapêuticos, essencial para o bom seguimento dos doentes que são assistidos por múltiplos profissionais. Este nível de cuidados obriga a considerar, antecipar e encaminhar também as necessidades e problemas ginecológicos que surgem na adolescência. A abordagem destas situações é, de uma forma geral, muito semelhante à utilizada nas outras adolescentes, embora se revista de algumas particularidades em determinados casos. Existem também situações com implicações éticas e legais complexas, principalmente no que respeita à esterilização de adolescentes com défice cognitivo profundo, sem capacidade para dar o seu consentimento informado.

Partindo da nossa experiência de articulação entre a consulta de Neuropediatria e a consulta de Ginecologia, os objectivos deste estudo foram: caracterizar as necessidades e os problemas ginecológicos e respectivas opções terapêuticas em dois grupos de adolescentes com doença neurológica, com e sem défice cognitivo (DC); avaliar o grau de satisfação dos pais nos casos em que foi feita esterilização; e trazer à discussão algumas questões éticas e legais associadas.

População e Métodos

Foi realizada uma revisão casuística a partir dos processos clínicos de adolescentes referenciadas da Consulta de Neuropediatria para a Consulta de Ginecologia de um hospital materno-infantil. Os processos foram identificados através de um arquivo de dados das primeiras consultas com especificação da origem do pedido de consulta, compreendendo o período de Janeiro de 1998 a Maio de 2007. Os dados recolhidos dos processos, com salvaguarda da sua confidencialidade, incluíram dados demográficos, avaliação e/ou descrição de défices cognitivos, diagnósticos neurológicos, terapêutica anticonvulsante, motivo da primeira consulta, problemas ginecológicos identificados e intervenção tera-

pêutica até Maio de 2007. De acordo com os objectivos do estudo, foram constituídos dois grupos de doentes: com e sem défice cognitivo. Os défices cognitivos foram classificados como “limiar”, ligeiro, moderado ou grave/profundo a partir dos resultados de avaliação cognitiva formal (Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – WISC-R, Cegog, Lisboa) e das descrições funcionais constantes nos processos, de acordo com as definições do DSM-IV-TR.¹ A análise estatística foi feita com o programa SPSS[®] for Windows versão 11.5 (SPSS Inc., Chicago). Para comparação de proporções entre subgrupos foi aplicado o teste do χ^2 , com um nível de confiança de 95%.

Resultados

No período considerado, foram identificadas 57 referências de adolescentes da consulta de Neuropediatria para a consulta de Ginecologia, admitindo-se que não correspondam à totalidade por limitações do arquivo utilizado. Foram considerados dois grupos de adolescentes: com défice cognitivo (DC) de etiologia variável (N=37; 65%) e sem DC (N=20). A média e desvio padrão da idade nos dois grupos foram, respectivamente, de 14,7±2,5 e 15,1±2,5 anos. A seguir ao DC, o diagnóstico mais frequente foi a epilepsia, presente em 54% das pacientes com DC e 60% das pacientes sem DC. Todos os casos medicados com dois ou mais anticonvulsantes apresentavam défice cognitivo. No grupo sem DC, os oito adolescentes que também não tinham epilepsia, apresentavam os seguintes diagnósticos: espinha bífida (N=4), paquimeningite hipertrófica, hipertensão intracraniana e perturbação de défice de atenção e hiperactividade, cefaleias e enurese.

Os casos de DC tiveram a seguinte distribuição: um défice “limiar”, sete ligeiros, oito moderados e 21 défices graves ou profundos.

As necessidades ou problemas ginecológicos principais são apresentados no Quadro I. O motivo de consulta mais frequente foi a contracepção, correspondendo a 65% das primeiras consultas de cada grupo. Nos casos em que se iniciou contracepção (N=28), foram prescritos contraceptivos hormonais (por via oral ou por implante) em 79%, incluindo 14 das 18 adolescentes com epilepsia. A maioria destas jovens estava medicada apenas com um anticonvulsante. Não houve diferenças significativas na opção por método hormonal em função da existência ou não de epilepsia ($p=0,54$). O implante subcutâneo foi o método mais utilizado, principalmente em doentes com défice cognitivo moderado e grave/profundo (10 de 12 implantes), reque-rendo aplicação sob sedação em dois casos. O segundo método mais utilizado foi a contracepção oral, incluindo 3 pacientes com défice cognitivo ligeiro e uma com défice moderado. Não houve registo de ocorrência de gravidez em nenhum caso.

A avaliação cognitiva foi determinante na opção por métodos de contracepção definitiva, uma vez que só foram utilizados em adolescentes com défices graves/profundos. Foi realizada laqueação tubária por via laparoscópica em quatro adoles-

Quadro I - Problemas ginecológicos principais e intervenções terapêuticas em pacientes com e sem défice cognitivo (DC).

Problemas ou necessidades ginecológicas	Intervenção	Nº de doentes	
		Com DC	Sem DC
Contraceção	ACO	4	6
	Implante SC	9	2
	LT	3	-
	Informações	2	1
Contraceção + dismenorrea	Implante SC + AINE	1	-
	LT + AINE	1	-
	HST	1	-
Contraceção + Higiene menstrual	HT	1	-
Informações sobre contraceção	Informações	2	4
Irregularidades menstruais	ACO	1	2
	Progestagénios	1	1
Irreg. menstruais + dismenorrea	AC transdérmico	2	1
	Progestagénios	-	1
Dismenorrea	AINE	1	2
	HST	1	-
Dismenorrea + menorragia	AINE + Implante SC	1	-
Menorragia	HT	1	-
	Progestagénios	1	2
Amenorrea secundária	Expectante	1	-
	Implante SC	1	-
Higiene menstrual	Implante SC	1	-
Suspeita de abuso sexual	Vigilância	1	-

ACO = Anticoncepcivo oral; AINE = Anti-inflamatório não esteróide; AC transdérmico = sistema anticoncepcivo transdérmico; DC = défice cognitivo; Implante SC = implante subcutâneo de etonogestrel; HST = Histerectomia sub-total (laparoscópica); HT = Histerectomia total; LT = Laqueação tubária (laparoscópica);

centes e, numa outra, histerectomia subtotal laparoscópica, por queixas concomitantes de dismenorrea intensa. Uma adolescente com défice profundo, incontinência de esfínteres e epilepsia refractária, foi submetida a histerectomia total por via vaginal, por haver também grande dificuldade com a higiene menstrual. Recentemente, foi realizada uma entrevista telefónica estruturada às mães das adolescentes operadas (N=8) para avaliar o grau de satisfação com a cirurgia, sendo possível obter respostas de seis, dois a oito anos após a intervenção (mediana: seis anos). Todas as mães afirmaram estar satisfeitas com a opção tomada, continuando a considerá-la como a melhor solução.

A dismenorrea foi a queixa ginecológica mais frequente (N=11), melhorada com anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e com terapêutica hormonal. Dois casos foram tratados cirurgicamente, incluindo o caso de histerectomia subtotal já referido e um outro sem resposta satisfatória à terapêutica com AINE. Esta paciente apresentava também um défice cognitivo profundo.

Registaram-se oito casos de irregularidades menstruais, com tendência para a oligomenorrea, com boa resposta à terapêutica com progestagénios. Um caso de menorragia foi tratado com histerectomia total por via abdominal. O outro teve boa resposta ao implante subcutâneo.

Uma das consultas foi pedida por suspeita de abuso sexual numa adolescente com DC moderado, com laqueação tubária prévia noutra hospital, com hímen complacente, sem lesões. Foi feita investigação de doenças de transmissão sexual e manteve vigilância ginecológica.

Discussão

Apresentamos uma série heterogénea de 57 adolescentes com patologia neurológica associada a défice cognitivo (DC) e/ou epilepsia na maior parte dos casos. Como descrito anteriormente, numa série de mulheres jovens com DC, as necessidades e problemas ginecológicos na nossa amostra não são, na verdade, muito diferentes das da restante população deste grupo etário, embora alguns casos tenham particularidades específicas.²

O motivo de consulta mais frequente foi a contraceção. É sabido que as opções terapêuticas nas doentes com epilepsia devem ter em conta as interações com os fármacos antiepilépticos, o impacto futuro da epilepsia e da terapêutica na saúde reprodutiva e o potencial efeito das hormonas sobre as crises. No entanto, apesar da elevada prevalência desta patologia, existem vários estudos realizados entre médicos que demonstram um nível de conhecimentos nesta área abaixo do desejado.³ Num estudo espanhol de 1992, 17% dos ginecologistas assegurava que as mulheres epiléticas não podiam tomar contraceptivos orais e 8% dos médicos, no geral, desaconselhava o casamento.⁴ Um estudo americano verificou que 38% dos neurologistas e 29% dos ginecologistas desconheciam que o valproato não interfere com os contraceptivos hormonais.⁵ Estes dados reforçam a necessidade de formação e da orientação destes doentes para profissionais com experiência nesta área. De facto, os contraceptivos orais, o método contraceptivo mais popular, podem ser utilizados com sucesso em grande número de doentes com epilepsia, como aconteceu na nossa série.^{2,3} Alguns fármacos antiepilépticos induzem o sistema enzimático do citocromo P450 e estão associados a maior incidência de perdas intermenstruais e a duplicação do risco de falência contraceptiva. Estes fármacos incluem a carbamazepina, a oxacarbamazepina, o fenobarbital, a fenitoína, a primidona e o topiramato. Contudo, sabe-se que o valproato, as benzodiazepinas, a gabapentina, a lamotrigina, a vigabatrina, o leviteracetam e o felbamato não diminuem a eficácia dos contraceptivos orais, aspecto que deve ser considerado na escolha de anticonvulsantes para este grupo etário.^{3,6} A medroxiprogesterona de libertação prolongada tem o mesmo tipo de limitações, mas pode ser usada em casos seleccionados com redução do intervalo entre as administrações.^{3,7}

No que respeita às pacientes com DC, a abordagem e o estudo da contraceção são muitas vezes dificultados pelos preconceitos que envolvem a sua sexualidade.⁷⁻⁹ Da parte dos pais, a deficiência pode também ser encarada como um prolongamento da infância pelo período da adolescência e idade adulta, em que as questões sobre a sexualidade e a educação sexual raramente se colocam.⁹ No entanto, o despontar dos impulsos sexuais acontece na mesma altura, podendo até ser exacerbados pela diminuição das inibições conscientes e

inconscientes, com linguagem e comportamentos mais directos e de maior risco.⁹ Surge, então, a necessidade de proteger estas jovens e mulheres dos riscos de uma gravidez não planeada e das doenças sexualmente transmissíveis, sem negar o direito à sexualidade. No que respeita às adolescentes com défices mais profundos, está descrito que não demonstram habitualmente grande interesse pelo sexo oposto.¹⁰ Ainda assim, suscitam preocupações relativamente ao risco de abuso sexual e de gravidez, presente ou futuro, dependendo da qualidade da supervisão ao nível da comunidade ou das instituições que as apoiam. É de salientar que a contracepção resolve o problema da gravidez, mas não do abuso sexual e das doenças de transmissão sexual, pelo que não deve resultar numa diminuição das precauções, da vigilância e da educação a este nível.

Na nossa amostra, houve necessidade de contracepção em 20 (54%) das consultas de adolescentes com DC, sendo utilizada contracepção hormonal em 14. A preferência pelo implante subcutâneo está relacionada com o risco da falha de tomas nas formulações orais, associadas também a menores índices de satisfação da parte dos pais quando comparadas com o implante ou a medroxiprogesterona de libertação prolongada.¹¹ Na nossa série, não foi utilizado este último método por se terem obtido bons resultados com o implante subcutâneo, que permite maior intervalo entre as administrações e que parece não ter risco de osteoporose na terapêutica prolongada.^{12,13}

A contracepção definitiva foi utilizada em seis adolescentes com DC grave/profundo, incluindo a laqueação tubária, em quatro casos, e a histerectomia, em dois casos, por queixas de dismenorreia intensa ou de grandes dificuldades com a higiene menstrual. Nas histerectomias mais recentes, optou-se pela remoção subtotal (do corpo) do útero por laparoscopia, por ter passado a haver experiência com esta técnica menos invasiva.

As intervenções cirúrgicas foram fundamentadas na comprovação do DC e da sua irreversibilidade, na avaliação do risco de gravidez e na incapacidade para a maternidade responsável, de acordo com a avaliação do Neuropediatra e do Ginecologista e com a vontade expressa dos pais. Para alguns autores e profissionais de saúde, a esterilização é considerada o método contraceptivo mais fiável para as mulheres com DC, tendo em conta as dificuldades de adesão à terapêutica relacionadas com as dificuldades na compreensão e com problemas comportamentais.^{14,15} É também considerada como uma medida de segurança na perspectiva do risco futuro, quando os pais deixarem de estar presentes.¹⁶ Contudo, estas opções terapêuticas mantêm-se controversas por vários motivos de ordem ética e legal e pela memória de situações de abuso no passado, com programas de esterilização forçada de pessoas com diversos tipos de desvantagem. Estes programas, iniciados nos EUA no princípio do século, estenderam-se até aos anos 70, passando também pela Alemanha Nazi e por outros lugares um pouco por todo o mundo. Posteriormente, deram origem a legislação em sentido contrário em muitos países.^{7,17}

Uma das questões que se coloca é a da forma de avaliação da capacidade para o consentimento, sabendo que não há relação directa da mesma com o coeficiente de inteligência. Para além

da adequação da linguagem e da qualidade (precisão, clareza, isenção) da informação fornecida, há que ter em conta possíveis flutuações da compreensão e da sua relação com a medicação e com factores de *stress*. A obtenção do consentimento pode requerer várias entrevistas, realizadas por profissionais com experiência em comunicar com estas pessoas, incluindo educadores do ensino especial, psicólogos, médicos e/ou enfermeiros. Deste modo, poderá ser assegurado o princípio da autonomia e do direito à auto-determinação sexual, incluindo a capacidade de procriar.⁷

Quando a obtenção do consentimento não é, de todo, possível, e não existe capacidade para uma maternidade responsável, as decisões terão de ser tomadas por terceiros, de acordo com os princípios da beneficência e da não maleficência, determinando o “melhor interesse” da paciente. Têm vindo a ser publicadas várias orientações de diferentes entidades neste sentido, que incluem o respeito pelos valores expressos pela doente em relação à reprodução, a ilegitimidade do “melhor interesse” ou pressão da família, a consideração de opções não invasivas, a melhoria do suporte pessoal e familiar e uma avaliação realista do risco de gravidez. Devem igualmente ser ponderados os riscos e inconvenientes do uso prolongado dos outros tipos de contracepção e o bem estar da criança que poderia eventualmente nascer.^{7,18,19}

Do ponto de vista legal, a legislação portuguesa (Lei 3/84) é explícita em relação à esterilização voluntária em indivíduos maiores de 25 anos mas, ao contrário do que acontece noutros países, não prevê situações de esterilização de menores com anomalia psíquica, nem a sua submissão a tribunal. A maioria dos autores advoga que as decisões que caem nestes vazios legais devem ser partilhadas por profissionais de diferentes áreas, com pareceres de Comissões de Ética e, eventualmente, dos tribunais.^{2,7,9} No nosso hospital, foi recentemente pedido um parecer sobre a esterilização definitiva em pacientes do sexo feminino com deficiência mental profunda. A resposta foi muito semelhante a um parecer anterior do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), de Abril de 2001, relativo à laqueação de trompas em menores com deficiência mental profunda.²⁰ Nestes pareceres, é reconhecido que a contracepção definitiva poderá estar indicada, mas apenas como medida de último recurso, devendo ser considerada caso a caso. Tal como acontece nas orientações de outros países, é defendido que o consentimento dos pais é insuficiente para intervenções deste tipo e que a sua legalidade só poderá ser assegurada com o recurso ao Tribunal de Menores, com a seguinte fundamentação:

1. Relatório médico demonstrando que não há esterilidade, que o atraso mental é profundo e irreversível e que nenhum método contraceptivo não cirúrgico garante a prevenção de gravidez, subscrito por um médico de cada uma das seguintes especialidades: psiquiatria, neurologia, ginecologia e pediatria;
2. Relatório de assistente social sobre as condições actuais de apoio familiar, social e médico e possibilidade de superação das insuficiências verificadas;
3. Declaração dos pais ou outros representantes legais manifestando a concordância quanto à intervenção.

Estas medidas são consideradas excessivas por alguns, no sentindo em que, por oposição aos excessos cometidos no passado, se pode estar agora a cair noutra extremo, negando intervenções com benefícios inequívocos.¹⁶ Teme-se também pela demora destes processos, tendo em conta o número de intervenientes envolvidos e o tempo de resposta habitual dos tribunais.

Aparte a contraceção, verificou-se que a queixa ginecológica mais frequente na nossa amostra foi a dismenorreia. Nas pacientes com dificuldades acentuadas na linguagem, estas queixas têm de ser reconhecidas por terceiros, através das suas manifestações comportamentais cíclicas como a disforia, o choro e o levar as mãos à região hipogástrica ou vulvar. Os AINE foram eficazes na maior parte dos casos, por vezes com terapêutica hormonal adjuvante.

A higiene menstrual constitui outra dificuldade para muitas famílias, mesmo em adolescentes com DC moderado, agravada ou não por incontinência de esfíncteres. Este aspecto pesa na preferência de alguns pais pela histerectomia relativamente à laqueação tubária, mesmo não havendo risco de gravidez.⁷ O uso da histerectomia ou da ablação do endométrio com este fim é também controversa, mesmo após falência em obter amenorreia com outros métodos. Casos deste tipo têm chegado aos tribunais nos Estados Unidos da América, cabendo ao juiz determinar o “melhor interesse” da menor através dos critérios já mencionados, que não incluem o interesse dos pais e a estabilidade e redução do stress familiar.¹⁶ De qualquer forma, tal como aconteceu num dos casos da nossa amostra, o implante subcutâneo pode ser eficaz também para este fim, quando se consegue obter a amenorreia. Têm sido também descritos programas de treino da higiene e é realçada a importância do apoio multimodal a estas famílias, de acordo com a avaliação das suas necessidades.^{2,7}

Conclusão

A abordagem da contraceção e dos problemas ginecológicos em adolescentes com patologia neurológica, incluindo a epilepsia e o défice cognitivo, não difere muito da restante população deste grupo etário. É possível utilizar contraceção hormonal em grande parte dos doentes com epilepsia mas, pelas suas especificidades, deve ser orientada por profissionais com experiência nesta área. O implante subcutâneo permite ultrapassar as dificuldades de adesão à terapêutica oral e pode ter vantagens para a higiene menstrual, quando se consegue obter amenorreia. Na ausência de outras opções satisfatórias, alguns casos poderão ter indicação para esterilização. Contudo, a complexidade ética e legal desta intervenção em adolescentes sem a capacidade para consentir implica uma cuidadosa avaliação prévia partilhada por diferentes profissionais, sendo também recomendada a autorização do Tribunal de Menores.

Referências

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Grover SR. Menstrual and contraceptive management in women with an intellectual disability. *Med J Aust* 2002;176:108-10.
3. Martínez-Ferri M. Atención integrada a la mujer epiléptica. *Rev Neurol* 2002;34:471-5.
4. Díaz-Obregón MSC, Martínez-Egido F, Rodríguez-Ruiz C, Soria-Díaz J. Apreciación social de la epilepsia en España. *Bolletino della Lega Italiana contro l'Epilessia* 1992; 79/80:327-31.
5. Krauss GL, Brandt J, Campbell M, Plate C, Summerfield M. Antiepileptic medication and oral contraceptive interactions: a national survey of neurologists and obstetricians. *Neurology* 1996;46:1534-9.
6. Morrell MJ. Guidelines for the care of women with epilepsy. *Neurology* 1998;51:S21-7.
7. Paransky OI, Zurawin RK. Management of menstrual problems and contraception in adolescents with mental retardation: a medical, legal, and ethical review with new suggested guidelines. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16:223-35.
8. Servais L, Leach R, Jacques D, Roussaux JP. Sterilisation of intellectually disabled women. *Eur Psychiatry* 2004;19:428-32.
9. Barjot P, Hervé C. Stérilisation tubaire chez la femme handicapée mentale. *Presse Med* 2001;30:1284-7.
10. Leavesley G, Porter J. Sexuality and contraception in disability. *Contraception* 1982;26:417.
11. Kreutner AK. Sexuality, fertility, and the problems of menstruation in mentally retarded adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1981;28:475.
12. Ryan PJ, Singh SP, Guillebaud J. Depot medroxyprogesterone and bone mineral density. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2002;28:12-5.
13. Beerthuis R, van Beek A, Massai R, Makarainen L, Hout J, Bennink HC. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Hum Reprod* 2000;15:118-22.
14. Van Der Merwe JV, Roux JP. Sterilization of mentally retarded persons. *Obstet Gynecol Surv* 1987;42:489-93.
15. Wheelless CR. Abdominal hysterectomy for surgical sterilization in the mentally retarded: a review of parental opinion. *Am J Obstet Gynecol* 1975;122:872-6.
16. Pham HH, Lerner BH. In the patient's best interest? Revisiting sexual autonomy and sterilization of the developmentally disabled. *West J Med* 2001;175:280-3.
17. Dorozynski A. France to investigate illegal sterilisation of mentally ill patients. *BMJ* 1997;315:697.
18. Forum for Medical Ethics Society. Suggested guidelines for hysterectomy in mentally handicapped women. *Med Ethics* 1994;1:1-3.
19. American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics: Sterilization of women who are mentally handicapped. *Pediatrics* 1990;85:868-71.
20. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer 35/CNECV/01 [Homepage na Internet], 2001 Abr [citado em 2007 Set 22]. Acessível em: http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/4BE0EEDA-0287-4B27-91E0-25A5C4F59817/0/P035_LaqueacaoTrompas.pdf.