

Anticoncepção entre mulheres portadoras de transtornos mentais^I

Contraception among women with mental disorders

Elis Muriel Marques Monti^{II}, Gislaine Eiko Kuahara Camiá^{III}

Resumo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e documental, onde foram utilizados prontuários e realizadas entrevistas com mulheres do Hospital-Dia de um Centro de Atenção em Saúde Mental localizado na zona sul de São Paulo, com os objetivos de identificar os métodos anticoncepcionais mais prevalentes entre mulheres portadoras de transtornos mentais e verificar a procura por um serviço de planejamento familiar. A população foi constituída por 10 usuárias do serviço e os resultados foram: quanto ao uso anterior de métodos anticoncepcionais, 43% nunca utilizaram nenhum método; 29% utilizaram somente preservativo masculino; 14% o preservativo com anticoncepcional hormonal oral; e 14% o preservativo com anticoncepcional hormonal injetável; quanto ao uso atual, 14% fazem uso de anticoncepcional hormonal oral; 14% de anticoncepcional hormonal injetável, e 72% não utilizam nenhum método. O uso da contracepção de emergência representou 43% e 100% da população estudada nunca frequentou um serviço de planejamento familiar. Nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção.

Palavras-chave: Anticoncepção; Planejamento familiar; Transtornos mentais.

Abstract

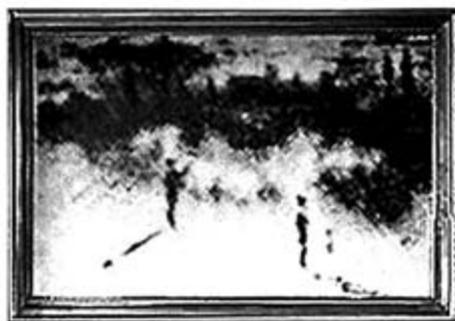
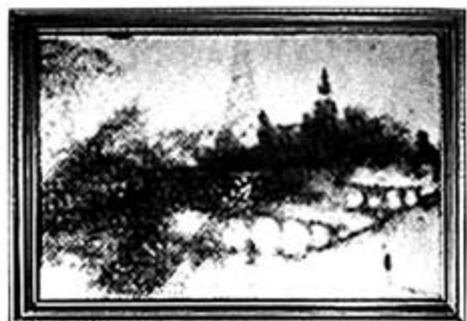
This is a descriptive research, cross-sectional and documentary, which were used medical records and interviews with the women of a Hospital Day Care Center for Mental Health located in the South Zone of São Paulo, with the objective of identifying the most common contraceptive methods prevalent among women with mental disorders and check the search for a family planning service. The population consisted of 10 users of the service and the results were about the previous use of contraceptive methods, 43% had never used any method, only 29% used condoms, 14% condoms with oral contraceptives and condoms with 14% injectable hormonal contraceptive, as the current usage, 14% use oral contraceptives, 14% of injectable hormonal contraceptive and 72% do not use any method. The use of emergency contraception accounted for between 43% and 100% of the population has never attended a family planning service. In the records, no registers were found on contraception.

Keywords: Contraception; Family planning; Mental disorders.

^I Pesquisa apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

^{II} Elis Muriel Marques Monti (elismuriel@hotmail.com), enfermeira pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

^{III} Gislaine Eiko Kuahara Camiá (gislainecamia@uol.com.br), enfermeira Obstetra, Mestre em Enfermagem e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.



Introdução

A loucura esteve ligada a várias compreensões ao longo da História, sendo que a loucura feminina, em muitos momentos, foi associada à sexualidade. Alguns registros atribuíam ao interior do corpo da mulher uma condição de malignidade, devido às particularidades do útero, as quais eram associadas aos quadros de histeria. No decorrer da Idade Moderna, na Europa, esses pensamentos difundiram-se atrelados à inferiorização da mulher em relação ao homem do ponto de vista físico e mental¹⁴.

Na idade adulta há diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo, sendo a depressão a doença que mais causa incapacidade, e, o suicídio, a segunda causa de morte no mundo, no grupo etário entre 15 e 44 anos¹. Há

diferenças nas prevalências de alguns quadros mentais, no curso e prognóstico das doenças, em suas comorbidades mais frequentes e, sobretudo, naqueles transtornos que parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino. Os transtornos mentais são mais frequentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para um excesso no estrato social de baixa renda²⁰.

As mulheres portadoras de transtornos mentais são mais vulneráveis à gravidez não planejada, sendo sua ocorrência elevada devido à frequente falta de autonomia e do controle do próprio comportamento, além da possível interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais hormonais⁷. A contracepção para essa população deve levar em consideração um método no qual o seu uso independa do controle pessoal (anticoncepcional hormonal injetável, dispositivo intrauterino e laqueadura), porém, a conduta ética apropriada a essas mulheres

pressupõe o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. É importante um atendimento em planejamento familiar específico e integral a essa população, a fim de promover um atendimento adequado e efetivo⁷.

Os objetivos do estudo foram identificar os métodos contraceptivos mais utilizados por mulheres com transtornos mentais e verificar a procura por um serviço de planejamento familiar.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e documental, onde foram utilizados prontuários e entrevistas com mulheres do Hospital-Dia de um Centro de Atenção em Saúde Mental localizado na zona sul de São Paulo.

O estudo foi realizado através de busca de dados nos prontuários e entrevistas com as usuárias do serviço, após identificar a população que foi constituída por 10 mulheres. No período da coleta, o Hospital-Dia-Geral (HDG) contava com a frequência de 50 usuários do serviço, sendo 33 homens e 17 mulheres. Foram incluídas mulheres portadoras de transtorno mental, com idade maior ou igual a 20 anos, na fase reprodutiva. Foram excluídas as adolescentes devido às especificidades do planejamento familiar para esse grupo.

Os dados foram coletados no período de 04 a 30 de abril de 2013, após a autorização dos responsáveis pelo serviço e das usuárias e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição, sob o Parecer de nº 234.770 em 02 de abril de 2013. Foi utilizado um instrumento específico, elaborado por dados de identificação, informações sobre a história ginecológica, obstétrica e psiquiátrica da paciente e consulta ao prontuário

para análise de registros sobre contracepção. As entrevistas foram realizadas individualmente de forma escrita e em local reservado, após aplicação do TCLE.

Resultados

Das entrevistadas, 70% tinham idade entre 26 e 35 anos, todas eram solteiras, não realizavam atividade remunerada e residiam com familiares; 40% possuíam o ensino médio completo; 20% ensino fundamental incompleto; 20% ensino médio incompleto; e 20% superior incompleto.

Em relação ao transtorno mental (Fig.1), 80% com diagnóstico de esquizofrenia; 10% transtorno afetivo bipolar; e 10% outros transtornos (psicose não orgânica não especificada e retardo mental). A história de tratamento com internação psiquiátrica foi apresentada por 70% das mulheres, sendo 50% com tratamento psiquiátrico há mais de 11 anos e 90% frequentando o HDG há mais de um ano.

Quanto à história sexual, 70% relataram coitarca após 17 anos, sendo 28% mães, com gestações não planejadas; 43% relataram, espontaneamente, história de abuso sexual por familiares. A Fig.2 mostra o uso anterior de métodos anticoncepcionais: 43% nunca utilizaram contraceptivos; 29% somente preservativo masculino; e 28% o preservativo associado a outro método.

Na época da pesquisa, 72% das mulheres não estavam utilizando método anticoncepcional (Fig.3); 14% faziam uso de anticoncepcional hormonal oral; e 14% de anticoncepcional hormonal injetável. O uso da contracepção de emergência até o momento da coleta dos dados representou 43% (Fig.4). As mulheres do estudo nunca frequentaram um serviço de planejamento familiar (100%), e nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção (100%).

Figura 1. Transtornos mentais das mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.

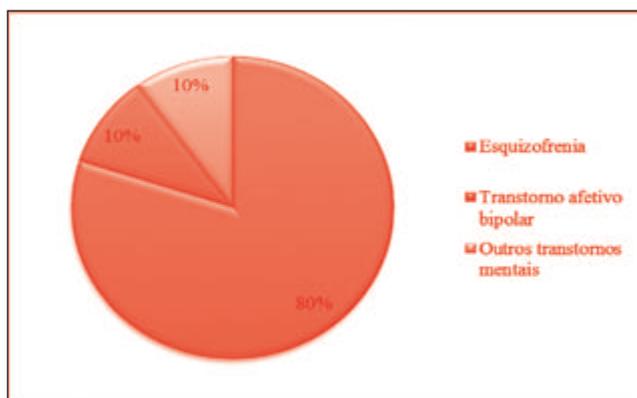


Figura 2. Uso anterior de métodos anticoncepcionais por mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.

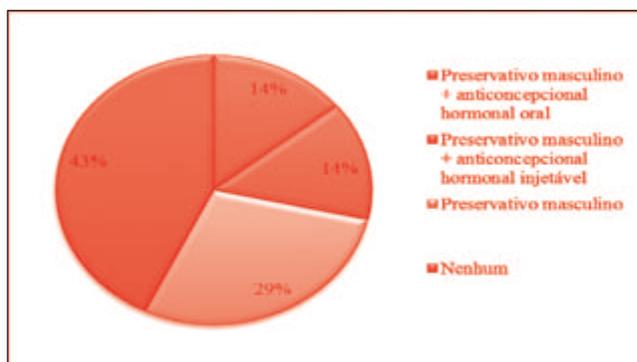


Figura 3. Uso atual de métodos anticoncepcionais por mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.

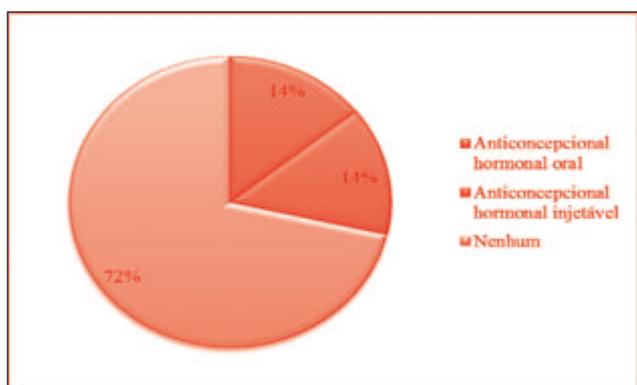
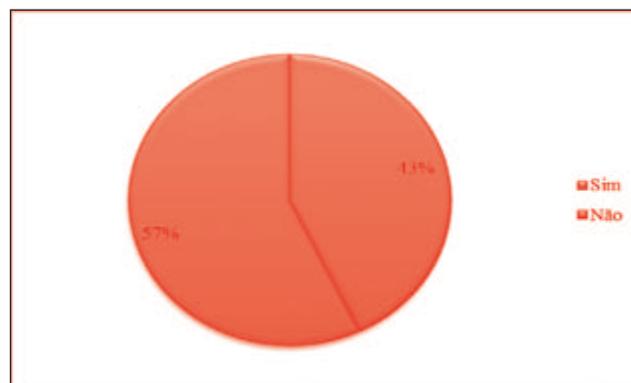


Figura 4. Uso de contracepção de emergência por mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.



Discussão

Na população estudada foi identificada a predominância de 80% de mulheres com o diagnóstico de esquizofrenia (Fig.1). A esquizofrenia é um transtorno mental que atinge cerca de 1% da população mundial. Normalmente inicia-se antes dos 25 anos de idade, persiste por toda a vida e afeta pessoas de todas as classes sociais⁸. Os registros dos prontuários confirmaram esses dados, considerando que das portadoras de esquizofrenia, 63% tiveram o início da doença antes dos 25 anos de idade, sendo 18 anos a menor idade.

A esquizofrenia é igualmente prevalente em homens e mulheres, porém, diferem quanto ao início e o curso da doença. Da primeira internação psiquiátrica dos pacientes com esquizofrenia, as mulheres compõe um terço. A idade de pico de início da doença entre as mulheres é entre 25 e 35 anos, podendo se apresentar também após os 40 anos de idade⁸. O estudo demonstrou, através da coleta dos registros em prontuários, que 37% das mulheres tiveram o início da doença entre 27 e 35 anos. Os portadores desse transtorno mental podem apresentar *sintomas positivos*, como delírios, alucinações, comportamento bizarro e/ou estereotipado e alterações do pensamento e/ou *sintomas*

negativos, como embotamento afetivo, pobreza de vocabulário e de conteúdo, autocuidado prejudicado, dificuldade ou não realização das atividades de vida diária, falta de motivação, desatenção, anedonia e retraimento social⁸.

Suporte familiar e relações interpessoais

Durante as entrevistas, foram observados relatos de dificuldades nas relações interpessoais, devido ao preconceito que as mulheres afirmaram sentir por serem portadoras de transtornos mentais. Os esquizofrênicos apresentam uma rede social menor do que pessoas sem história de transtorno mental. Essas redes sociais em geral são caracterizadas por ausência de trocas recíprocas e relações deficientes¹⁶, o que leva à dificuldade nas relações interpessoais e ao afastamento social do indivíduo.

Da população estudada 90% residiam com familiares, o que remete à ideia de um suporte familiar presente. Este suporte se constitui como um dos principais pilares na vida psíquica das pessoas, promovendo ao portador de transtorno mental um apoio satisfatório. Na medida em que o indivíduo percebe esse suporte, encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz consequências positivas para seu bem-estar, como redução do estresse, aumento da autoestima e do bem-estar psicológico¹⁸. A família assume um papel importante de reintegrá-lo ao convívio social, passando a ser vista como uma facilitadora da reabilitação a ser conquistada¹⁷.

Vulnerabilidade sexual/reprodutiva das mulheres portadoras de transtornos mentais

Durante a entrevista, 30% das mulheres com transtornos mentais relataram, espontaneamente, história de abuso sexual, por familiares quando estavam ou não em surto psicótico,

situações em que não houve procura de nenhum serviço de saúde. A literatura confirma que essa é uma população vulnerável em relação ao abuso sexual e que, na maioria dos casos, o agressor é uma pessoa próxima e, muitas vezes, há uma relação familiar entre eles². Além disso, devido ao sentimento de afeto entre a vítima e o agressor é mais difícil para a vítima procurar ajuda, que geralmente se mantém calada e, muitas vezes, se culpa e sente vergonha pelo episódio, acabando por ficar resignada. A violência, que geralmente ocorre dentro de casa, permanece silenciosa e dessa maneira, muitos são os casos não relatados pela vítima².

Os indivíduos mais expostos ao risco de abuso sexual são aqueles cujas famílias não discriminam situações instáveis ou potencialmente perigosas, por isso os portadores de transtornos mentais têm um risco maior do que as pessoas sem transtornos¹³. Existem fatores que aumentam o risco da mulher portadora de transtorno mental de sofrer violência sexual, como: o aumento da dependência de outras pessoas para cuidados a longo prazo; dificuldades de julgamento e em habilidades sociais; dificuldades de comunicação; inabilidade para buscar ajuda e para denunciar o abuso; negação de direitos humanos, resultando em uma percepção de ausência de poder da vítima pelo agressor; percepção de menor risco de ser descoberto por parte do agressor; falta de conhecimento sobre o comportamento sexual apropriado; dificuldades em fazer com que os outros acreditem em seus relatos; menor conhecimento do que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade; isolamento social; aumento do risco de ser manipulada por outros; potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos; valores e atitudes mantidos por profissionais sem considerar a capacidade do indivíduo de autoproteção; e falta de independência econômica por parte da maioria das

mulheres portadoras de transtornos mentais^{9,19}, item evidenciado na população deste estudo que se encontra fora do mercado de trabalho.

A violência sexual acarreta danos graves, desde sintomas físicos, como lesões, hematomas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), como dificuldade em manter relações amorosas e adesão a comportamentos de promiscuidade¹⁵. Considerando os relatos das mulheres portadoras de transtornos mentais que sofreram abuso sexual, nenhuma procurou um serviço, tanto para denunciar o ato de violência sexual quanto para receber medidas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis e/ou gravidez indesejada. Neste sentido, é importante que enfermeiros orientem as mulheres portadoras de transtorno mental e a família sobre os riscos da violência sexual, no sentido de que tal fato é crime e deve levar à punição do agressor, além de prepará-las para que possam proteger essas portadoras diante de situações de risco. A orientação sexual acaba sendo, não apenas uma maneira de educá-las para a prática sexual, caso haja o desejo e consentimento, mas é uma forma de prevenção de possíveis situações de abuso, em que não há o desejo e, talvez até, não haja consciência sobre a situação de abuso sexual que a mulher portadora de transtorno mental pode se encontrar².

Considerando que 43% das mulheres portadoras de transtornos mentais da pesquisa, as quais iniciaram a vida sexual, nunca fizeram uso de método contraceptivo ou de prevenção às DST (Fig.2) e que 72%, no período da entrevista, não faziam uso de nenhum método contraceptivo (Fig.3), pode-se concluir a exposição dessa população às DST e à gravidez indesejada. Os portadores de transtornos mentais, principalmente aquelas com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, são mais expostas às DST do que a população geral devido à vulnerabilidade

decorrente das características clínicas, sociais e comportamentais⁴. Estudos demonstram que essa população é sexualmente ativa e que a maioria apresenta comportamentos de risco, como múltiplos parceiros sexuais, sem adoção do uso de proteção às DST e à gravidez, além de fazerem uso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas ilícitas que facilitam comportamentos de desproteção. Falta uma política pública que aborde, além dos aspectos psíquicos, a saúde integral dessa população tão vulnerável⁵.

Planejamento familiar específico e integral

Todas as mulheres referiram nunca terem frequentado serviço de planejamento familiar e não terem hábito de procurar as Unidades Básicas de Saúde, sendo o serviço de saúde mental e psiquiatria que frequentam, o local de referência.

A sexualidade das mulheres portadoras de transtornos mentais é um tema controverso, pois é comum se pensar que esses indivíduos são exibicionistas e exacerbam a sua sexualidade ou são seres assexuados. Deve-se reconhecer sua sexualidade como a de um indivíduo sem transtorno mental, que sente, apaixona-se e ama como qualquer pessoa, tendo necessidade de se expressar sexualmente¹². Em estudo realizado com enfermeiros de hospitais psiquiátricos de Ribeirão Preto/SP, constatou-se a negação da sexualidade do portador de transtorno mental, circunscrevendo as manifestações de sexualidade presenciadas nas unidades psiquiátricas como desvio, transgressão ou doença¹⁰. Lidar com a sexualidade dessa população faz parte das atividades do enfermeiro que deve ter conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados para atender às demandas de saúde sexual e reprodutiva^{10,11}.

No estudo de Guedes e colegas⁷ foi confirmada a ocorrência de gravidezes não planejadas

(28%). Esses autores justificam esse índice associado à ausência de planejamento e de controle comportamental dos próprios indivíduos portadores de transtorno mental, que também dificulta o uso de anticoncepcionais que dependem do controle pessoal, devido às internações psiquiátricas que causam interrupção da anticoncepção, além da possível interação medicamentosa entre os anticoncepcionais hormonais e alguns psicotrópicos, que reduzem sua efetividade contraceptiva.

Os transtornos mentais podem ser exacerbados na gestação devido à necessidade de subtrair drogas contraindicadas ao perfeito desenvolvimento fetal⁷. Em estudo realizado, com mulheres portadoras de transtorno mental, elas relataram que a gestação e a maternidade podem afetar negativamente a qualidade das relações afetivas e familiares, porém, apontaram como um evento “normalizador” de sua vida adulta¹⁷. A mulher portadora de transtorno mental carrega um estigma que faz com que a maternidade e a capacidade de desempenhar seu papel de mãe sejam questionados socialmente¹⁷. Apesar do exercício da maternidade poder ser comprometido por internações psiquiátricas recorrentes, autonomia prejudicada e limitações de suas funções no cuidado de si e da família, é relevante conhecer as particularidades do planejamento familiar dessa população, no intuito de contribuir para um atendimento mais justo e mais humano, fazendo-se cumprir o que está disposto nos instrumentos legais, como direitos sexuais e reprodutivos⁷.

No período de coleta de dados, 72% não usavam qualquer método contraceptivo e com 14% cada, o uso de anticoncepcional hormonal oral e injetável (Fig.3), nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção. É importante ressaltar que, a contracepção de mulheres portadoras de transtornos mentais deve levar

em consideração um método cujo uso independa do controle pessoal, devido à possibilidade de comportamento alterado dessa população e o maior risco de violência sexual. É sugerido o uso de anticoncepcional hormonal injetável, dispositivo intrauterino (DIU) e os métodos cirúrgicos, contudo, o risco para as DST é mantido. Apesar de serem os mais eficazes para mulheres portadoras de transtornos mentais graves, a conduta ética apropriada a essas pacientes pressupõe o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, que implica tratamento particularizado a cada mulher portadora de transtorno mental⁷.

No que se refere à utilização dos anticoncepcionais hormonais orais por pacientes com transtornos mentais, deve-se atentar para a interação medicamentosa, a fim de evitar gravidez indesejada e não planejada, pois interação com alguns anticonvulsivantes, usados com indicações psiquiátricas, reduzindo sua eficácia. Além da diminuição da eficácia, existem fármacos como o lítio, utilizado para o tratamento de transtorno bipolar e combinado com antipsicóticos para o tratamento da esquizofrenia, que são teratogênicos⁷.

O uso da contracepção de emergência na vida dessas mulheres foi identificado em 43% (Fig.4). É uma opção contraceptiva pós-coito, com doses concentradas de hormônios sintéticos, sendo utilizada em vários países, incluindo o Brasil, constando nas normas de Planejamento Familiar. A contracepção de emergência foi introduzida nos serviços públicos brasileiros a partir do ano de 2000, em atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, com o objetivo de reduzir a gravidez indesejada decorrente de estupro³.

O desejo da maternidade foi observado em 60% das mulheres pesquisadas, mas todas relataram nunca terem frequentado o serviço de planejamento familiar e não terem o hábito de procurar as Unidades Básicas de Saúde, sendo

o serviço de saúde mental e psiquiátrica que frequentavam o local de referência para o acompanhamento à saúde.

As equipes da Estratégia Saúde da Família se responsabilizam pelos programas de planejamento familiar, mas o atendimento é pouco abrangente e pouco eficaz às mulheres portadoras de transtorno mental, devido às ações executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da atenção básica⁷. Estudo realizado em um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) identificou as seguintes demandas de planejamento familiar por mulheres portadoras de transtorno mental: necessidade de informações por familiares para lidar com paciente sexualmente ativo; vulnerabilidade à violência sexual e gravidez indesejada ou não planejada e mulheres em uso de psicotrópicos. Foi identificada a necessidade de atuação do serviço de acordo com as particularidades do planejamento familiar dessa população¹², assim como foi evidenciado no presente estudo.

A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) fortalece a ideia da introdução de ações na rede pública de saúde, como: melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento, combate à violência doméstica e sexual e a prevenção e tratamento das DST/aids voltadas às mulheres portadoras de transtornos mentais⁶. Essa é uma população que possui demanda para atendimento de planejamento familiar específico e integral. É necessário que haja compreensão, dos serviços envolvidos no atendimento a esse público, em relação ao direito de escolha à maternidade com abordagens que respeitem a opção pela concepção, apesar dos riscos, monitorando os filhos, quanto ao possível surgimento do transtorno mental e promovendo o acompanhamento adequado⁷.

Considerações finais

De acordo com os resultados apresentados, verifica-se a necessidade de planejamento familiar específico para as mulheres portadoras de transtornos mentais, assegurando igualdade de direitos sexuais e reprodutivos, por meio de práticas educativas em anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de situações de abuso sexual, além da abordagem em aspectos da saúde integral, envolvendo as usuárias e seus familiares.

Referências

1. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. Psiquiatr. Clín. 2006; 33(2).
2. Barros RD, Williams LCA, Brino RF. Habilidades de autoproteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. Rev Bras Educ Espec. 2008; 14(1):93-110.
3. Bastos S, Figueiredo R. Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégia de DST/aids. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 52 p.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Guedes TG, Moura ERF, Almeida PC. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(5).
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de Psiquiatria. 9.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
9. Lumley VA, Miltenberger RG, Long ES, Rapp JT, Roberts JA. Evaluation of a sexual prevention program for adults with mental retardation. J Appl Behav Anal. 1998; 31(1):91-101.
10. Miranda FAN, Furegato ARF. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(2):207-213.

11. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev. Saúde Públ.* 2005; 39(5):795-801.
12. Moura ERF, Guedes TG, Freire AS, Bessa AT, Braga VA, Silva RM. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2012; 46(4):935-943.
13. Padilha MGS. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: considerações sobre os fatores antecedentes e sua importância na prevenção. In: Ghuilahrdis HJ, organizador. *Comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento.* Santo André: Esetec Editores Associados; 2002. p.209-220.
14. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):82-94.
15. Rodrigues JL, Brino RF, Williams LCA. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paidéia.* 2006; 16(34):229-240.
16. Rodrigues VB, Madeira M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde.* 2009; 390-399.
17. Soares MVB, Carvalho AMP. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(5).
18. Souza MS, Baptista MN, Alves GAS. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia.* 2008; 28:45-59.
19. Strickler HL. Interaction between family violence and mental retardation. *Ment Retard.* 2001; 39(6):461-471.
20. Tuono VL, Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007; 16(2):85-92.