

RELATORIA FINAL

CLACAI 2014

ANIS – Instituto de Bioética Direitos Humanos e Governo

Introducción

Se trata de una investigación exploratoria que tuvo como objetivo investigar cómo fue el proceso de la atención a la angustia mental en las mujeres que han utilizado el servicio de aborto legal del Hospital Byington Perla en Sao Paulo, que es una referencia nacional en este tipo de servicio. Que en Brasil hay 63 centros de salud equipados para hacer el servicio de aborto legal (FORMENTI, 2012) se estima. Aunque la violencia sexual es un fenómeno universal son pocos los estudios e investigaciones que se relacionan con el tema de la deficiencia mental, aunque existen registros de angustia mental significativa en las mujeres que sufren esta forma todos los días de la violencia y que pasan a través del proceso de aborto legal (Drezett, 2000; Strickler 2001). Una de las principales razones de la falta de producción en esta área está relacionada con las complicaciones de entrar en un universo moral en el que se inserta el tema del aborto.

En Brasil, el tema del aborto ha sido explotado cada vez más en los debates políticos como un problema de salud pública. Aunque es cada vez más evidente a nivel estatal este sigue siendo un problema que enfrentan con el rechazo en la sociedad brasileña marcada por prejuicios y juicios. Hay un constante conflicto de posiciones sobre el aborto, por un lado. En línea general el aborto es visto como una manera de empoderar a las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, y el otro se basa en las doctrinas religiosas o patriarcales como una apertura al libertinaje e irresponsabilidad (Prado, 1991). Esta encuesta de la población de mujeres con problemas mentales refuerza el debate sobre el aborto y especialmente reconocer la importancia de que se trata de una población vulnerable, con altas tasas de violencia sexual, los embarazos no deseados y, por tanto, una población que precisa aborto legal.

Según el Código Penal brasileño está legalmente garantizada el aborto en casos de embarazo resultante de violación, en caso de amenaza para la vida de la mujer embarazada y recientemente aprobado en 2012 en el caso de la anencefalia del Recién nacido (artículo 128). Para las mujeres en la angustia mental todavía hay una característica titulada "violación de vulnerable" (artículo 217-A). Se considera violación de la ley implica sexuales a niños y adolescentes vulnerables menores de 14 años, las mujeres en la angustia mental o personas incapaces de discernir la práctica. De acuerdo con las Normas Técnicas para la Prevención y Tratamiento de las lesiones derivadas de la Violencia Sexual contra la Mujer y la Adolescencia (2005) del Ministerio de Salud ha regulado que las mujeres en la angustia mental, si no les han proporcionado información y la expresión de su voluntad, le corresponde a su representante legal decidir y firmar el formulario de consentimiento en relación con el aborto legal. No está claro si estas mujeres no tienen o condición de discernimiento, por lo que estos casos se convierten en icónicos y desafiantes. Esta investigación tiene como objetivo añadir descripciones sobre la trayectoria de la angustia mental en las mujeres que han experimentado un aborto legal.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo. Este es un análisis del documento descriptivo exploratorio realizado en el Hospital Byington Perla, ubicado en São Paulo. La elección del hospital fue porque se trata de un centro de referencia para la salud de las mujeres, cuyo propósito es brindar asistencia médica en el área ginecológica y el hecho de que se han registrado casos de abortos legales que se realizaron en mujeres con discapacidad mental. El hospital también cuenta con un Centro de Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia Sexual - AVS, considerado un centro de aborto legal de referencia nacional.

Análisis documental de trece historias clínicas elaboradas por el hospital, estos registros médicos que contienen opiniones médicas, psicológicas y sociales se hizo más allá de los horarios establecidos por la enfermería y términos legales necesarios para la realización del aborto legal. Los trece casos estudiados corresponden a los abortos totales realizadas en los años 2012 y 2013 relativos a la violación de persona vulnerable, específicamente la violación de las mujeres en la angustia mental en

uno de los mayores servicios de aborto legal en el país. También se examinaron los informes oficiales que, aunque no son necesarios para llevar a cabo el aborto, de acuerdo a los estándares de atención humanizada del Aborto (2005), donde sigue una práctica común en el personal del Ministerio de Salud la falta de información al respecto, ya sea por descuido personal o por la imposición de ciertos centros de aborto legal (LOREIRO, 2004).

Para que el análisis de los casos fuera efectivo se elaboró un instrumento cuya estructura tenía cuatro bloques de información sobre la mujer y sobre el procedimiento de aborto legal. El primer bloque se refiere a los datos generales socio-demográfico de las mujeres y sus familias. El segundo bloque se refiere a la violencia sexual sufrida, incluyendo la ubicación, la relación con el agresor y el tipo o forma de violencia ejercido. El tercer bloque es una lista de términos y documentos necesarios para la realización del aborto legal en el hospital, como términos de responsabilidad, compromiso y asesoramiento. Y el cuarto y último bloque se proporciona información sobre el procedimiento propiamente para el aborto, como la edad gestacional, el tipo de procedimiento a ser realizado y la duración o tiempo de internamiento.

Desde un punto de vista ético, este estudio aborda un tema que requiere un cuidado especial con la seguridad y la confidencialidad de la información obtenida de los documentos. Los documentos fueron escaneados con escáneres portátiles por dos investigadores e inmediatamente transferidos a un ordenador. Las imágenes se guardan en una carpeta con contraseña cifrada entre 15 a 20 dígitos que sólo los investigadores autorizados tienen acceso. El análisis de los documentos se llevó a cabo de forma individual en lugar privado y seguro para evitar cualquier interrupción y divulgación indebida de datos. El secreto se mantuvo tras el análisis de documentos, la preservación de la identidad y otra información que pueda identificar a las personas involucradas, como profesionales de la salud, las mujeres maltratadas y sus tutores legales. Para la seguridad posterior de estas personas los datos que se calculan y evalúan en todas las imágenes han sido destruidos y no pueden ser rastreados ni recuperados en el equipo. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Brasilia - UnB.

Discusión

La sexualidad de las personas con discapacidad mental se caracteriza por mitos y prejuicios. Algunos creen que se trata de un grupo de personas asexuales, visto como seres infantiles como angelicales, mientras que otros creen que hay una depravación o hipersexualidad (MAIA y CAMOSSA, 2002; RIBEIRO, 2001). Sin embargo, lo que se observa es que la mayoría de estas personas tienen necesidades sexuales como cualquier otra, sin embargo, están menos orientados sexualmente, ya sea por la escuela o la familia (CASTELAO, Schiavo, Jurberg 2003; MAIA, 2001). Las mujeres con discapacidad mental todavía reciben menos orientación sexual y apoyo a la familia en este sentido en relación a los hombres que también tienen estas deficiencias. Estas mujeres terminan siendo parte de un grupo más vulnerable al abuso sexual (Tharinger, HORTON, Millea, 1990).

Barros, Willians y Brino (2008) en un estudio de las mujeres con discapacidad mental muestra que las mujeres, aunque pueden reconocer las situaciones de riesgo de abuso sexual, no tenían habilidades para negarse y que tampoco recurren a otras personas que las puedan ayudar a salir de esta situación. Se estima que la mitad de las mujeres con discapacidad mental pasan por lo menos una situación de violencia sexual a lo largo de sus vidas y la violencia es a menudo perpetrada por personas cercanas a la víctima: el padre, padrastro, hermanos, tíos y vecinos (Drezett, 2000). Varios autores coinciden en afirmar que la violencia sexual es más recurrente en las mujeres con discapacidad mental, sin embargo, las razones de esta alta incidencia son diversas (FEDER, HOWARD, Trevillion, 2012).

Según Strickler (2001) hay algunas posibles razones por el que las mujeres mentalmente discapacitadas son sexualmente abusadas más que otros. Una es que, mientras vivía aislado socialmente, estas

mujeres necesitan una atención más a largo plazo, siempre acompañados por los padres, cuidadores o un pequeño grupo de personas que son los delincuentes más frecuentes. Otras posibles razones son, además de la falta de educación sobre la sexualidad, las víctimas generalmente dependientes económicamente de sus agresores y tienen poco apoyo social, menos probabilidades de denunciar la violencia y mayor dificultad para hacerse escuchar.

Las mujeres que sufrían de angustia mental que se sometieron a un aborto entre 2012 y 2013 en el hospital de Pearl Byington Sao Paulo pueden describirse como analfabeta (en diez casos), de bajos ingresos, hasta un salario mínimo (cuatro casos), con hasta dos salarios mínimos (cinco casos), religiosa (seis evangélica y cuatro Católica). Mujeres de raza mestiza (siete casos) y blancas (en seis casos), jóvenes, 4 con hasta diecisiete años y 9 casos con dieciséis hasta treinta años. Son mujeres con parálisis cerebral, esquizofrenia, síndrome de Down, retardo mental no especificado que sufren o son víctimas de violencia sexual y psicológica, algunas aún sufren de violencia física, tortura y amenazas.

Las mujeres con angustia mental presentan una mayor incidencia de sufrir violencia física en su primera experiencia sexual en relación con otras mujeres sin discapacidad (Brunnberg, Linden, Berglund, 2012). En esta investigación doce de las trece mujeres experimentaron violación en su primera relación sexual, todas las mujeres eran solteras y sin hijos. Hasta el momento del registro del caso para la investigación ninguno de los agresores habían sido detenidos, todos estaban en libertad.

Los hombres que abusan sexualmente de las mujeres sin trastorno mental se pueden clasificar en conocidos y desconocidos. Conocidos son en la mayoría de los casos relacionados con el ámbito doméstico y familiar como padres, padrastros, esposos, hermanos, tíos, abuelos y primos también pueden ser compañeros de trabajo o ser parte de la comunidad o el entorno social de la mujer como vecinos, los amigos, los maridos y novios. También hay violadores desconocidos como es el caso de los hombres que violan a las mujeres en la vía pública, terrenos baldíos sin tener ninguna relación con ellos. En esta investigación se estudiaron casos específicos de las mujeres con sufrimiento mental y fue posible establecer: otra clasificación de los violadores: no identificada

La no identificación de los atacantes se produce por la precaria o inexistente comunicación entre las mujeres maltratadas y sus tutores legales, debido a la propia enfermedad mental y las dificultades inherentes a su comunicación. Las mujeres con angustia mental que tal vez no puedan expresarse y compartir cómo, dónde y quién las violó, incrementan más su historia de violencia, así como sus atacantes. La no identificación de los atacantes tiene como principal consecuencia el no poder garantizar o incluso prevenir que estas mujeres no sea abusadas sexualmente a veces por los mismos atacantes que pueden estar presentes en la actividad cotidiana de estas mujeres, como en la escuela, en casa o en el barrio dejando éstos probabilidades de sufrir violencia sexual de nuevo.

Los registros en las historias mostraron que sólo dos de los agresores eran desconocidos para las víctimas, nueve personas fueron conocidos y que participaban en las vidas de las mujeres y dos eran desconocidos. No hay sospecha en relación a los no identificados, la madre no informaron sobre los posibles agresores. En los casos en el que agresor fue un conocido osciló entre tío, hermano, hermanos, vecinos y amigos de la familia. En cinco casos, la violencia se produjo en la residencia de la propia víctima, en tres casos en la residencia del agresor, dos casos no se sabe y un caso se produjo en la escuela. En seis casos, la violencia sexual se produjo de forma puntual, es decir, sólo una vez, en otros cuatro casos la violencia se produjo de forma continua y en los otros tres casos no se conoce la frecuencia de la violencia.

Los responsables legales de estas mujeres en once de los trece casos son sus madres, las dos únicas excepciones por fallecimiento de la madre, estuvieron a cargo de la abuela en un caso y una tía materna en el otro. Los tutores y cuidadores descubrieron el embarazo de cinco mujeres al momento de llevarlas al hospital por otras razones como la varicela, la infección del tracto urinario, las crisis

propias de su trastorno y las quejas de dolores de estómago. En cuatro casos, el embarazo fue descubierto por la demora de la menstruación y los cambios en el cuerpo de la mujer. En tres casos, las mujeres fueron capaces de comunicarse y hablaron de la violencia que fue investigado después de confirmar el embarazo. Un caso difiere de los otros, un embarazo fue descubierto después que la víctima de la violación intentó suicidarse.

Con la demora para descubrir el embarazo las mujeres que sufren trastornos mentales llegan al hospital con una avanzada edad gestacional, seis de ellas estaban entre 19 y 22 semanas de gestación tres de ellas con aproximadamente 15 semanas y cuatro con hasta 12 semanas. En ocho casos se utilizó misoprostol para realizar el aborto, los otros cuatro el procedimiento realizado fue la técnica manual de aspiración intrauterina – AMEU, indicada en los casos con un máximo de doce semanas de embarazo. El periodo de hospitalización varió de uno a cinco días y no hubo complicaciones post-quirúrgicas o secuelas en cualquiera de los casos.

Términos y Documentos

Para la realización del aborto legal una serie de documentos y términos que se encuentran en los registros:

1. Términos de responsabilidad es un documento en el que la víctima o su representante legal firman declarando la verdad de los hechos y la declaración de la práctica y la comprensión como resultado del delito de falsificación de datos (artículo 299 del Código Penal brasileño) y el delito de aborto (artículos 124,125 y 126 del Código Penal Brasileño).
2. Documento de la denuncia policial y solicitud de documentos - IML - Instituto Forense, que aunque no es obligatorio apareció en once de los trece casos.
3. Declaración de consentimiento a la interrupción del embarazo como consecuencia de la violencia sexual documento firmado cuando sea posible por la víctima de la violencia sexual y de su representante legal que dice ser consciente de los procedimientos médicos que se deben realizar, que conocía la opción de mantener el embarazo sino que optó por la terminación del mismo.
4. Relato detallado que es un documento donde se narra las circunstancias de la violación sexual el mismo que puede ser realizado por la víctima o de su representante legal y firman que acredite la veracidad de los hechos.
5. Opinión técnica: Es un documento firmado por un obstetra-ginecólogo y el coordinador de la atención integral a las mujeres en situaciones de violencia que solicitan la interrupción del embarazo y que indican que de acuerdo con el Decreto - Ley 2848 de 07 de diciembre 1940, fracción II del Código Penal brasileño existe compatibilidad con la fecha de la violencia y la edad gestacional. Esta opinión se adjunta y firmada en todos los gráficos a pesar de que ninguna mujer ha sido capaz de informar la fecha exacta en que se produjo la violencia.
6. Duración de la aprobación de la interrupción del embarazo como consecuencia de la violencia sexual, que es un término en el que el equipo alega que evaluaron el caso, y que el aborto ha sido aprobado y que está provisto en la ley.
7. Tiempo de la autorización y la rendición de cuentas que es un plazo en el que firma cuando sea posible a la víctima de violencia sexual, junto con su representante legal que autoriza al personal médico del hospital para llevar a cabo cualquier tratamiento médico o quirúrgico, si se considera necesario o prudente.
8. Condiciones de recojo y eliminación de materiales biológicos. En algunos casos se recoge el ADN del feto para que más adelante permita una investigación policial y que pueda servir como prueba para identificar al autor. La eliminación de los materiales biológicos se hace sólo con la petición de la policía de lo contrario el material permanece en el hospital de forma indefinida.
9. Hojas de atención de los servicios sociales, Historia o fichas de psicología y Hojas parte de ginecología y obstetricia que todas en conjunto hacen la historia clínica general de paciente que

fue víctima de violencia Sexual, con los datos personales de la misma al igual que los de su representante legal referente a la violencia sexual, el embarazo y el aborto.

10. Hoja de sistematización de las funciones y cuidado de enfermería como un informe de ingreso en el hospital, que comió este, que medicamentos fueron prescritos, los procedimientos se llevaron a cabo, etc
11. Hoja SINAN - Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Esta hoja contiene información sociodemográfica de la víctima de la violencia sexual.

Conclusión

Las mujeres con alteraciones o enfermedades mentales son parte de un grupo de violencia sexual más vulnerable, debido a su poca capacidad de entender lo que pasó, para resistir o denunciar (Alriksson-SCHMIDT, ARMOUR y Thibadeau, 2010; HAYDON, McRee y Halpern, 2011). La plena asistencia a estas mujeres, aunque a veces la vida puede aumentar el riesgo de exposición a la violencia en general.

Además de la mayor incidencia de la violencia sexual en las mujeres que sufren angustia mental son más propensas a informar de un cuidado de la salud son insatisfactorias (BARRETT, DIA, ROCHE y CARLSON, 2009). En este estudio ninguna de las mujeres recibió profilácticos de emergencia después de la violación y presentaron además del embarazo, sífilis, hepatitis B y otras enfermedades de transmisión sexual. Es necesario una atención especial a este grupo de riesgo en los programas específicos para este público, además de más estudios que exploren esta área para comprender mejor la realidad de estas mujeres y para proponer cambios.

Referências Bibliográficas

1. ALRIKSSON-SCHMIDT, Ann; ARMOUR, Brian; THIBADEAU, Judy. Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence? **Journal of school Health**, Atlanta, Estados Unidos, v.80, n. 7, Julho de 2010. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20591102>. Acesso em 30 de agosto de 2014.
2. ASTOS, Olga Maria; DESLANDES, Suely Ferreira. Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Abr. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 de maio de 2013.
3. BARRETT, Kirsten; DAY, Bonnie; ROCHE, Allison; CARLSON, Barbara Lepidus. Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. **Women's health issues**, v. 19, n. 2, p. 94-100, 2009. Disponível em: [http://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(08\)00178-3/abstract](http://www.whijournal.com/article/S1049-3867(08)00178-3/abstract). Acessado em 30 de Agosto de 2014.
4. BARROS, Roberta Dias de; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albulquerque; BRINO, Rachel de Faria. Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 14, n. 1, Abr. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de Junho de 2013.
5. BRASIL, **Código Penal**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 10 de Junho de 2013
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 2a ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/norma_prevencao_atualizada.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2013.
7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf. Acessado em 19 de maio de 2013.
8. BRUNNBERG, Elinor; LINDÉN, Margareta; BERGLUND, Mats. Sexual force at sexual debut . Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. **Child Abuse &**

- Neglect**, Suíça, v.36, n.4, Maio de 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571912>. Acesso em 30 de agosto de 2014.
9. CASTELAO, Talita Borges; SCHIAVO, Márcio Ruiz; JURBERG, Pedro. Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, Fev. 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100007&lng=en&nrm=iso. Acessado em 22 de maio 2013.
 10. CASTILHO, Euclides Ayres de; KALIL, Jorge. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 38, n. 4, Agosto. 2005 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822005000400013&lng=en&nrm=iso. Acessado em 09 Junho 2013.
 11. DREZETT, Jefferson. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. **Jornal da Rede Pública**, v. 22, p. 18-21, 2000. Disponível em http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:US87Hy22V00J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1. Acessado em 4 de Junho de 2013.
 12. DREZETT, Jefferson et al . Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 77, n. 5, out. 2001 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000500013&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 04 jun. 2013.
 13. FEDER, Gene; HOWARD, Louise; TREVILLION, Kylee. Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders : A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS One**, v. 7, n. 12, p. E 51740, 2012. Disponível em <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0051740>. Acessado em 30 de agosto de 2014.
 14. FLICK, Uwe. Introdução à metodologia de pesquisa: Um guia para iniciantes. Tradução: Magda Lopes. Revisão técnica: Dirceu da Silva. 1ed. Porto Alegre: Penso 2013. 256p
 15. FORMENTI, Lígia. Ministra Eleonora Menicucci critica médico que não faz aborto legal. O Estado de São Paulo, 15 de março de 2012. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,ministra-eleonora-menicucci-critica-medico-que-nao-faz-aborto-legal,849014,0.htm>. Arquivo acessado em 28 de maio de 2013.
 16. HAYDON, Abigail; MCREE, Annie-laurie; HALPERN, Carolyn Tucker. Unwanted Sex Among Young Adults in the United States: The Role of Physical Disability and Cognitive Performance. **Journal of interpersonal violence**, Estados Unidos, v.26 n. 3476, 20 de Maio de 2011. Disponível em: <http://jiv.sagepub.com/content/26/17/3476>. Acessado em 30 de agosto de 2014.
 17. LOUREIRO, David Câmara; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e

- legais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Junho de 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300004&lng=en&nrm=iso. Acessado em 19 de maio de 2013.
18. MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; CAMOSSA, Denise do Amaral. Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.12, n.24, 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300009&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 22 de maio de 2013.
19. MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 7, n. 01, p. 35-46, 2001. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v07n01/v07n01a04.pdf>. Acessado em 4 de Junho de 2013.
20. PINHEIRO, Silvia Nara Siqueira. Sexualidade e deficiência mental: revisando pesquisas. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 8, n. 2, Dezembro. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572004000200008&lng=en&nrm=iso. Acessado em 28 de maio de 2013.
21. RIBEIRO Hugues Costa de França. Sexualidade e os portadores de deficiência mental. **Revista Brasileira de Educação Especial**, São Paulo, v.7, n.2, 2001. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v07n02/v07n02a03.pdf>. Acessado em 28 de maio de 2013.
22. STRICKLER, Heidi. Interaction between family violence and mental retardation. **Mental Retardation**, v. 39, n. 6, p. 461-471, 2001. Disponível em <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/0047-6765%282001%29039%3C0461%3AIBFVAM%3E2.0.CO%3B2>. Acessado em 5 de Junho de 2013.
23. THARINGER Deborah, HORTON Connie Burrows & MILLEA Susan. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. **Child Abuse & Neglect** The University of Texas, Austin, USA v. 14, n. 3, Páginas 301–312, 1990. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349090002B>. Acessado em 21 de maio de 2013.

Introdução

Essa é uma pesquisa exploratória que visa investigar como se deu o processo de atendimento a mulheres em sofrimento mental que utilizaram o serviço de aborto legal do Hospital Pérola Byington em São Paulo, que é referência nacional nesse tipo de serviço. Estima-se que existam no Brasil 63 centros de saúde capacitados para fazer o serviço do aborto legal (FORMENTI, 2012). Apesar de a violência sexual ser um fenômeno universal são escassos os estudos e pesquisas que relacionam o tema com o de deficiência mental, ainda que existam registros significantes de mulheres em sofrimento mental que vivenciam essa violência de forma cotidiana e que passam pelo processo de aborto legal (DREZETT, 2000; STRICKLER 2001). Um dos principais motivos da falta de produção nesta área está relacionado às complicações de entrar em um universo moral em que está inserido o tema do aborto.

No Brasil, a temática do aborto vem sendo cada vez mais explorada em debates políticos como um problema de saúde pública. Apesar de ser cada vez mais evidenciada no âmbito estatal essa ainda é uma temática encarada com rejeição na sociedade brasileira marcada por preconceitos e julgamentos. Há um constante conflito de posicionamentos em relação ao aborto, se por um lado o aborto é encarado como uma forma de autonomia das mulheres de decidirem sobre o próprio corpo, por outro é retratado com base em doutrinas religiosas ou patriarcais como uma abertura à libertinagem e à irresponsabilidade (PRADO, 1991). Essa pesquisa com a população de mulheres em sofrimento mental reforça o debate do aborto sendo essa uma população especialmente importante por ser uma população vulnerável com alto índice de violência sexual, de gravidez indesejada e consequentemente de um aborto legal.

Segundo o Código Penal brasileiro é garantido legalmente o aborto em casos de gravidez resultante de estupro, em caso de risco de vida para a mulher gestante e, recentemente aprovado em 2012, no caso de anencefalia (artigo 128). No caso de mulheres em sofrimento mental há ainda uma particularidade intitulada “estupro de vulnerável” (artigo 217-A). É considerado estupro de vulnerável o ato sexual envolvendo crianças e adolescentes menores de 14 anos, mulheres em sofrimento mental ou pessoas incapazes de discernir sobre a prática. Segundo as Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005) do Ministério da Saúde foi regulamentado que mulheres em sofrimento mental, caso não tenham condição de discernimento e expressão de sua vontade, cabe ao seu representante legal decidir e assinar o termo de consentimento em relação ao aborto legal. Não é claro quando essas mulheres têm ou não condição de

discernimento, fazendo com que casos como esse se tornem emblemáticos e desafiadores. Essa pesquisa tem o intuito de somar descrições sobre a trajetória de mulheres em sofrimento mental que passaram pela experiência do aborto legal.

Metodologia

Essa é uma pesquisa de abordagem qualitativa. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de análise documental realizada no Hospital Pérola Byington, localizado em São Paulo, SP. A escolha do hospital se deu por este ser um centro de referência da saúde da mulher cuja finalidade é prestar assistência médico-hospitalar na área ginecológica e pelo fato de possuírem casos registrados de aborto legal que foram realizados em mulheres deficientes mentais. O hospital ainda possui um Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual – AVS, considerado um centro de aborto legal de referência nacional.

Foi feita uma análise documental de treze prontuários médicos elaborados pelo hospital, prontuários esses que continham pareceres médicos, psicológicos e sociais além fichas elaboradas pela enfermagem e termos legais necessários para a realização do aborto legal. Os treze casos estudados correspondem ao total de abortos realizados nos anos de 2012 e 2013 referentes a estupro de vulnerável, mais especificamente estupro de mulheres em sofrimento mental em um dos maiores serviços de aborto legal do país. Foram também analisados os Boletins de Ocorrência que apesar de não serem necessários para a realização do aborto, de acordo com a norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005) do Ministério da Saúde ainda é uma prática comum nesses casos, seja pela falta de informação, por vontade própria ou por imposição de determinados centros de aborto legal (LOREIRO, 2004).

Para análise dos prontuários foi elaborado um instrumento estruturado em quatro blocos de informações sobre as mulheres e sobre o procedimento do aborto legal. O primeiro bloco diz respeito a dados gerais e sócio-demográficos das mulheres e de suas famílias. O segundo bloco diz respeito a violência sexual sofrida, como o local, a relação com o agressor e tipo de violência. O terceiro bloco faz uma listagem dos documentos e termos necessários para a realização do aborto legal no hospital, como termos de responsabilidade, autorizações e pareceres. E o quarto e último bloco traz informações sobre o aborto como idade gestacional, qual o procedimento realizado e tempo de internação.

Do ponto de vista ético, essa pesquisa abordou um tema que requereu cuidados extras com o sigilo e segurança das informações coletadas a partir dos documentos. Os documentos foram escaneados com scanners portáteis por duas pesquisadoras e transferidos imediatamente

para um computador. As imagens obtidas foram salvas em uma pasta encriptada com senha entre 15 a 20 dígitos que apenas pesquisadoras autorizadas tiveram acesso. A análise dos documentos foi feita de forma individual em local privado e seguro, a fim de evitar qualquer interrupção e divulgação indevida dos dados. O sigilo foi mantido após o término da análise dos documentos, preservando a identidade e outras informações que poderiam identificar os indivíduos envolvidos, como profissionais da saúde, mulheres violentadas e seus responsáveis legais. Para a segurança desses indivíduos os dados após serem computados e avaliados todas as imagens foram destruídas não sendo possível recuperar rastros no computador. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília – UnB.

Discussão

A sexualidade das pessoas deficientes mentais é marcada por mitos e preconceitos. Alguns acreditam que esse é um grupo de pessoas assexuadas, tidas como seres angelicais e infantilizados, enquanto outros acreditam haver uma depravação ou uma hipersexualidade (MAIA e CAMOSSA, 2002; RIBEIRO, 2001). Porém, o que se observa é que a maioria dessas pessoas tem necessidades sexuais como quaisquer outras, no entanto, são menos orientadas sexualmente seja pela instituição de ensino ou pela família (CASTELAO, SCHIAVO, JURBERG 2003; MAIA, 2001). As mulheres deficientes mentais recebem ainda menos orientação sexual e apoio familiar nesse sentido que os homens também deficientes. Essas mulheres acabam por fazerem parte de um grupo mais vulnerável a abusos sexuais (THARINGER, HORTON, MILLEA, 1990).

O estudo Barros, Willians e Brino (2008) com mulheres deficientes mentais mostra que essas mulheres, apesar de conseguirem reconhecer situações de risco de abuso sexual, não apresentaram habilidades necessárias para que conseguissem recusar e sair dessa situação, tão pouco recorrer a outra pessoa para denúncia ou ajuda. Estima-se que metade das mulheres deficientes mentais passe por, pelo menos, uma situação de violência sexual ao longo de suas vidas e a violência é praticada quase sempre por pessoas próximas da vítima: pai, padrasto, irmãos, tios e vizinhos (DREZETT, 2000). Diversos autores concordam ao afirmar que a violência sexual é mais recorrente em mulheres deficientes mentais, no entanto os motivos para essa alta incidência são diversos (FEDER, HOWARD, TREVILLION, 2012).

De acordo com Strickler (2001) existem algumas razões possíveis pelas quais as mulheres deficientes mentais são mais abusadas sexualmente do que outras. Uma delas é que, ao mesmo tempo em que vivem isoladas socialmente, essas mulheres precisam de mais

cuidados a longo prazo, estando sempre acompanhadas pelos pais, cuidadores ou um pequeno grupo de pessoas que são os agressores mais recorrentes. Outras razões possíveis são, além da falta de educação sobre sexualidade, as vítimas normalmente dependem financeiramente de seus agressores e possuem pouco apoio social, menos chances de denunciarem a violência e maior dificuldade de se fazerem ouvidas.

As mulheres em sofrimento mental que fizeram um abortamento em 2012 ou 2013 no hospital Pérola Byington –SP podem ser descritas como analfabetas (em dez casos), de baixa renda, com até um salário mínimo (em quatro casos) ou com até dois salários mínimos (em cinco casos) e religiosas (seis evangélicas e quatro católicas). São mulheres pardas (em sete casos) e brancas (em seis casos) e jovens, quatro com até dezessete anos e nove entre dezenove e trinta e três anos. São mulheres com paralisia cerebral, esquizofrenia, síndrome de down, ou retardo mental não especificado que sofreram violência sexual e psicológica, algumas ainda sofreram violência física, tortura e ameaça.

Mulheres em sofrimento mental apresentam maior incidência de força física na primeira experiência sexual em relação a outras mulheres sem deficiência (BRUNNBERG, LINDÉN, BERGLUND, 2012). Nessa pesquisa doze das treze mulheres experimentaram o estupro na sua primeira relação sexual, todas as mulheres eram solteiras e sem filhos. Até as datas registradas nos prontuários nenhum dos agressores havia sido detido, todos encontravam-se em liberdade.

Os homens que violentam sexualmente mulheres sem distúrbio mental podem ser classificados em conhecidos e desconhecidos. Os conhecidos estão na maior parte das vezes ligados ao âmbito doméstico e familiar como os pais, padrastos, maridos, irmãos, tios, avôs e primos, podem ser também colegas de trabalhos ou fazerem parte da comunidade ou do meio social das mulheres como vizinhos, amigos, maridos e namorados. Há também violentadores desconhecidos como é o caso de homens que violentam mulheres em vias públicas, terrenos baldios sem ter nenhum tipo relação com as mesmas. Nessa pesquisa que estudou casos específicos de mulheres em sofrimento mental uma outra classificação dos violentadores se mostrou possível: os não identificados.

A não identificação dos agressores se dá pela comunicação precária ou inexistente entre as mulheres violentadas e suas responsáveis legais por conta da própria doença mental e das dificuldades inerentes a ela. As mulheres em sofrimento mental que por ventura não conseguem se expressar e relatar como, onde e quem as violentou, permanecem com sua história de violência desconhecida, assim como seus agressores. A não identificação dos agressores tem

uma consequência principal: não há como garantir ou até mesmo prevenir que essa mulher não seja violentada sexualmente outras vezes pelos mesmos agressores que podem estar presentes nas atividades cotidianas dessas mulheres como na escola, em casa ou no bairro deixando estas suscetíveis a sofrerem novamente uma violência sexual.

Os registros nos prontuários mostraram que apenas dois dos agressores eram pessoas desconhecidas à vítima, nove eram pessoas conhecidas, que participavam da vida das mulheres e dois não foram identificados. Não há suspeita em relação aos não identificados, as mães não relatam possíveis agressores. Os conhecidos variaram de tio, cunhado, irmãos, vizinhos e amigos da família. Em cinco casos a violência ocorreu na residência da própria vítima, três na residência do agressor, dois não se sabe e um na escola. Em seis casos a violência sexual ocorreu de forma pontual, ou seja, uma única vez, em outros quatro casos a violência ocorria de forma contínua e nos outros três casos não se sabe a frequência da violência.

As responsáveis legais dessas mulheres são as mães em onze dos treze casos estudados, as duas únicas exceções se deram pelo falecimento da mãe, este lugar foi ocupado pela avó e por uma tia materna. As responsáveis legais e cuidadoras descobriram a gravidez de cinco mulheres ao levá-las ao hospital por outros motivos como catapora, infecção urinária, crises e queixas de dores estomacais. Em quatro dos casos a gravidez foi descoberta pelo atraso menstrual e pelas mudanças no corpo da mulher. Em três casos as mulheres conseguiram se comunicar e contaram sobre a violência que após investigada se confirmou a gravidez. Um caso se diferenciou dos demais, uma gravidez foi descoberta após a mulher violentada tentar suicídio.

Com a demora para descobrir a gravidez as mulheres em sofrimentos mentais chegam ao hospital com uma idade gestacional avançada, seis delas estavam entre dezenove e vinte e duas semanas de gestação, três por volta de quinze semanas e quatro com até doze semanas. Em oito casos o misoprostol foi utilizado para a realização do aborto, nos outros quatro o procedimento realizado foi técnica da aspiração manual intrauterina – AMIU, indicado em casos com até doze semanas de gestação. O período de internação variou de um a cinco dias e não houve complicações pós cirúrgicas ou sequelas em nenhum dos casos.

Termos e documentos

Para a realização do aborto legal uma série de documentos e termos foram encontrados nos prontuários:

1. Termo de responsabilidade é um documento em que a vítima ou sua representante legal assinam afirmando a veracidade dos fatos e declarando compreensão quanto à prática e

consequência do crime de falsidade ideológica (artigo 299 do Código Penal brasileiro) e do crime de Aborto (artigos 124,125 e 126 também do Código Penal brasileiro).

2. Boletim de ocorrência policial e Documento de requisição – IML – Instituto Médico Legal, que apesar de não obrigatórios apareceram em onze dos treze casos.
3. Termo de consentimento livre e esclarecido para interrupção da gravidez resultante de violência sexual é um termo assinado pela vítima de violência sexual quando possível e pela sua representante legal alegando estarem cientes dos procedimentos médicos que serão realizados, que sabiam da opção de manter a gestação, mas que optaram pela interrupção da mesma.
4. Termo de relato circunstanciado é um termo em que a vítima da violência sexual ou sua representante legal narram de forma escrita a história da violência sexual sofrida e assinam atestando veracidade dos fatos.
5. Parecer técnico: É um documento assinado por uma ginecologista e obstetra e pelo coordenador do Núcleo de atenção integral a mulher em situação de violência solicitando a interrupção da gestação e afirmando que de acordo com o Decreto – lei 2848 de 7 de dezembro de 1940, inciso II do Código Penal brasileiro há compatibilidade com a data da violência e a idade gestacional. Esse parecer estava anexado e assinado em todos os prontuários apesar nenhuma mulher ter conseguido informar a data exata em que a violência ocorreu.
6. Termo de aprovação de procedimento de interrupção de gravidez resultante de violência sexual, que é um termo em que a equipe alega que avaliou o caso e que o abortamento foi aprovado e que está previsto em lei.
7. Termo de autorização e responsabilidade é um termo em que a vítima de violência sexual assina quando possível junto com a sua representante legal autorizando o corpo clínico do hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico que for julgado necessário ou prudente.
8. Termos de coleta e de retirada de materiais biológicos. Em alguns casos é coletado o DNA do feto para que posteriormente em uma investigação policial possa servir como prova para a identificação do agressor. A retirada dos materiais biológicos é feita apenas com o pedido da polícia caso contrário o material permanece no hospital por tempo indeterminado.
9. Fichas de atendimento do serviço social, fichas da Psicologia e fichas da ginecologia e obstetrícia possuem em cada uma a história de violência da vítima, com dados pessoais e percepção da vítima e representante legal referente a violência, gravidez e aborto.

10. Ficha de sistematização da assistência de enfermagem funciona como um relatório da internação da paciente, o que esta comeu, quais remédios tomou, quais os procedimentos que foram realizados, etc.
11. Ficha SINAN – Sistema de informação de agravos de notificação. Essa ficha contém informações sociodemográficas da vítima de violência sexual.

Conclusão

Mulheres em sofrimento mental fazem parte um grupo mais vulnerável a violência sexual seja por pouca capacidade de entender o ocorrido, de resistir ou de denunciar (ALRIKSSON-SCHMIDT, ARMOUR e THIBADEAU, 2010; HAYDON, MCREE e HALPERN, 2011). A assistência integral a essas mulheres apesar de algumas vezes vital pode aumentar os riscos de exposição a violência em geral.

Além da maior incidência no âmbito da violência sexual as mulheres em sofrimento mental são mais propensas a relatar uma atenção à saúde não satisfatória (BARRETT, DAY, ROCHE e CARLSON, 2009). Nessa pesquisa nenhuma das mulheres fizeram profilaxia de emergência após o estupro e apresentaram além da gravidez, sífilis, hepatite B e outras doenças sexualmente transmissíveis. É necessário uma atenção especial a esse grupo de risco tanto em programas específicos para esse público como mais estudos que explorem essa área para melhor entender a realidade dessas mulheres e propor mudanças.

Referências Bibliográficas

24. ALRIKSSON-SCHMIDT, Ann; ARMOUR, Brian; THIBADEAU, Judy. Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence? **Journal of school Health**, Atlanta, Estados Unidos, v.80, n. 7, Julho de 2010. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20591102>. Acesso em 30 de agosto de 2014.
25. ASTOS, Olga Maria; DESLANDES, Suely Ferreira. Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Abr. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 de maio de 2013.
26. BARRETT, Kirsten; DAY, Bonnie; ROCHE, Allison; CARLSON, Barbara Lepidus. Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. **Women's health issues**, v. 19, n. 2, p. 94-100, 2009. Disponível em: [http://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(08\)00178-3/abstract](http://www.whijournal.com/article/S1049-3867(08)00178-3/abstract). Acessado em 30 de Agosto de 2014.
27. BARROS, Roberta Dias de; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albulquerque; BRINO, Rachel de Faria. Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 14, n. 1, Abr. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 de Junho de 2013.
28. BRASIL, **Código Penal**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 10 de Junho de 2013
29. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 2a ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/norma_prevencao_atualizada.pdf. Acesso em 18 de maio de 2013.
30. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf.

Acessado em 19 de maio de 2013.

31. BRUNNBERG, Elinor; LINDÉN, Margareta; BERGLUND, Mats. Sexual force at sexual debut . Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. **Child Abuse & Neglect**, Suíça, v.36, n.4, Maio de 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571912>. Acesso em 30 de agosto de 2014.
32. CASTELAO, Talita Borges; SCHIAVO, Márcio Ruiz; JURBERG, Pedro. Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, Fev. 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100007&lng=en&nrm=iso. Acessado em 22 de maio 2013.
33. CASTILHO, Euclides Ayres de; KALIL, Jorge. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 38, n. 4, Agosto. 2005 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822005000400013&lng=en&nrm=iso. Acessado em 09 Junho 2013.
34. DREZETT, Jefferson. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. **Jornal da Rede Pública**, v. 22, p. 18-21, 2000. Disponível em http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:US87Hy22V00J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1. Acessado em 4 de Junho de 2013.
35. DREZETT, Jefferson et al . Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 77, n. 5, out. 2001 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000500013&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 04 jun. 2013.
36. FEDER, Gene; HOWARD, Louise; TREVILLION, Kylee. Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders : A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS One**, v. 7, n. 12, p. E 51740, 2012. Disponível em <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0051740>. Acessado em 30 de agosto de 2014.
37. FLICK, Uwe. Introdução à metodologia de pesquisa: Um guia para iniciantes. Tradução: Magda Lopes. Revisão técnica: Dirceu da Silva. 1ed. Porto Alegre: Penso 2013. 256p
38. FORMENTI, Lígia. Ministra Eleonora Menicucci critica médico que não faz aborto legal. O Estado de São Paulo, 15 de março de 2012. Disponível em:<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,ministra-eleonora-menicucci-critica-medico-que-nao-faz-aborto-legal,849014,0.htm>. Arquivo acessado em 28 de maio de

2013.

39. HAYDON, Abigail; MCREE, Annie-laurie; HALPERN, Carolyn Tucker. Unwanted Sex Among Young Adults in the United States: The Role of Physical Disability and Cognitive Performance. **Journal of interpersonal violence**, Estados Unidos, v.26 n. 3476, 20 de Maio de 2011. Disponível em: <http://jiv.sagepub.com/content/26/17/3476>. Acessado em 30 de agosto de 2014.
40. LOUREIRO, David Câmara; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Junho de 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300004&lng=en&nrm=iso. Acessado em 19 de maio de 2013.
41. MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; CAMOSSA, Denise do Amaral. Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.12, n.24, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 22 de maio de 2013.
42. MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 7, n. 01, p. 35-46, 2001. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v07n01/v07n01a04.pdf>. Acessado em 4 de Junho de 2013.
43. PINHEIRO, Sílvia Nara Siqueira. Sexualidade e deficiência mental: revisando pesquisas. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 8, n. 2, Dezembro. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572004000200008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 de maio de 2013.
44. RIBEIRO Hugues Costa de França. Sexualidade e os portadores de deficiência mental. **Revista Brasileira de Educação Especial**, São Paulo, v.7, n.2, 2001. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v07n02/v07n02a03.pdf>. Acessado em 28 de maio de 2013.
45. STRICKLER, Heidi. Interaction between family violence and mental retardation. **Mental Retardation**, v. 39, n. 6, p. 461-471, 2001. Disponível em <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/0047-6765%282001%29039%3C0461%3AIBFVAM%3E2.0.CO%3B2>. Acessado em 5 de Junho de 2013.
46. THARINGER Deborah, HORTON Connie Burrows & MILLEA Susan. Sexual abuse and

exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. **Child Abuse & Neglect** The University of Texas, Austin, USA v. 14, n. 3, Páginas 301–312, 1990. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349090002B>. Acessado em 21 de maio de 2013.