



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina

The Experience of the Obstetric Nurse in caring for the family with Female
Genital Mutilation

Anexos e Apêndices

Joana Catarina Ribeiro da Costa

**Lisboa
2025**

ANEXOS

**Anexo I – Descrição da pesquisa na EBSCOhost (*MEDLINE, CINAHL e
ACADEMIC SEARCH*)**

Anexo I – Descrição da pesquisa na EBSCOhost (MEDLINE, CINAHL e ACADEMIC SEARCH)

o Pesquisa base de dados MEDLINE

13/10/24, 12:52

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Sun, outubro 13, 2024 12:52:14 da tarde

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S6	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20140101-20241231; Resumo Disponível Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Ultimate	68
S5	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20140101-20241231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Ultimate	73
S4	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Ultimate	109
S3	MH "Empathy" OR "Care" OR "Caring"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Ultimate	3,621,869
S2	(MH "Circumcision, female" OR "Female Genital mutilation" OR "cutting female" OR "infibulation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Ultimate	2,488

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=9f8b412b-09e1-4208-a3b5-6e0d88b0c49c%40redis&vid=10&HistoryItemID=S4&bquery=\(\(MH+Nurse+Midwives\)+OR+Midwife\)+OR+\(Obstetric+Nurse\)+OR...](https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=9f8b412b-09e1-4208-a3b5-6e0d88b0c49c%40redis&vid=10&HistoryItemID=S4&bquery=((MH+Nurse+Midwives)+OR+Midwife)+OR+(Obstetric+Nurse)+OR...) 1/2

13/10/24, 12:52

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

S1	(MH "Nurse Midwives" OR "Midwife" OR "Obstetric Nurse" Or "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Ultimate	113,919
----	--	---	--	---------

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=9f8b412b-09e1-4208-a3b5-6e0d88b0c49c%40redis&vid=10&HistoryItemID=S4&bquery=\(\(MH+Nurse+Midwives\)+OR+Midwife\)+OR+\(Obstetric+Nurse\)+OR...](https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=9f8b412b-09e1-4208-a3b5-6e0d88b0c49c%40redis&vid=10&HistoryItemID=S4&bquery=((MH+Nurse+Midwives)+OR+Midwife)+OR+(Obstetric+Nurse)+OR...) 2/2

o Pesquisa base de dados *Academic Search*

13/10/24, 12:23

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Sun, outubro 13, 2024 12:23:20 da tarde

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20140101-20241231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	29
S4	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	34
S3	MH "Caring" OR "Care"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	2,308,150
S2	MH "FEMALE genital mutilation" OR "Circumcision female" OR "Cutting female" OR "infibulation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	2,782
S1	MH "Midwives" OR "Midwife" OR "Nurse Midwives" OR Obstetric Nurse" OR "Midwives"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	11,238

o Pesquisa base de dados CINAHL

13/10/24, 11:41

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Sun, outubro 13, 2024 11:40:49 da manhã

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20140101-20241231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Ultimate	37
S4	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Ultimate	55
S3	(MH "Caring" OR "Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Ultimate	1,709,234
S2	(MH "Female genital mutilation" OR "Circumcision female" OR "Cutting female" OR "infibulation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Ultimate	1,711
S1	(MH "Midwives" OR "Midwife" OR "Nurse Midwives" OR "Obstetric Nurse")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Proximidade	Interface - Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Ultimate	24,911

Anexo II – Autorização do Conselho de Ética

Anexo II – Autorização do Conselho de Ética



PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Centro de Investigação

Título: Estudo intitulado "A experiência do enfermeiro obstetra no cuidar da família com mutilação genital feminina".

Investigador Principal: Enfª Joana Catarina Ribeiro da Costa

A **Comissão de Ética** para a Saúde o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 05/02/2024.

Estiveram presentes:

☒ Nome:

☒ Nome:

☐ Nome:

☒ Nome:

☐ Nome:

☒ Nome:

☒ Nome:

☐ Nome:

☐ Nome:

☒ Nome:

☒ Nome:

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 07/02/2024.

Almada, 08 / 02 / 2024

Anexo III – Certificada participação 2ª Conferência Internacional do CIDNUR
Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2024

Anexo III – Certificada participação 2ª Conferência Internacional do CIDNUR
Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2024

Certificate

A Comissão Organizadora da **2ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2024**, certifica que o Poster “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da família com Mutilação Genital Feminina: revisão scoping”, da autoria de Joana Costa; Maria Helena Presado; foi apresentado, e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 08 de novembro de 2024.

Lisboa, 13 de novembro de 2024

A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa



Anexo IV – Certificado de Formadora na sessão *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina* - 6 de Fevereiro de 2024

Anexo IV – Certificado de Formadora na sessão *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina* - 6 de Fevereiro de 2024



CERTIFICADO

Declara-se que

Joana Catarina Costa,

participou como Formador/a na Formação em Serviço subordinada ao tema

"A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina",

que se realizou em 06 /02 /2024,

com uma carga horária de 1 horas,

sendo a participação do formador, de 1 horas.

 **O SERVIÇO**
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIADO DO SERVIÇO
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Helena Oliveira

Enfª responsável pela formação em serviço do
Internamento de Grávidas e Ginecologia
Helena Oliveira(Mec nº 21676)

**Anexo V – Certificado de Formadora na sessão *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina* - 21 e 22 de
Março de 2024**

Anexo V – Certificado de Formadora na sessão *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina* - 21 e 22 de Março de 2024

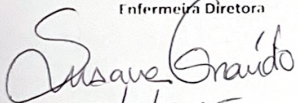


CERTIFICADO Declara-se que, Joana Catarina Costa, participou como Formadora na Formação em Serviço, subordinada ao tema,

A experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina,

que se realizou em 21 e 22/Março/2024, com uma carga horária de 2:00 horas.

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL
Susana Graúdo
Enfermeira Diretora


3/1/2025

O SERVIÇO


Geof Gastone
31-3-2025

HGO INF.11.001 v01.2021

MORADA
Av. Torrado da Silva
2805-267 Almada

CONTACTO
+351 212 940 294
geral@hgo.min-saude.pt

www.hgo.min-saude.pt

Anexo VI – Síntese de Registo de Atividades Práticas

Anexo VI – Síntese de Registo de Atividades Práticas



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica/ Maternal Health and Obstetric Master**

Síntese de Registo de Atividades Práticas/ Registration of Practice Activities

Nome: Joana Catarina Ribeiro da Costa Nº 9654

- | | |
|--|------------|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion | <u>50</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman | |
| • Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) | <u>146</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. | |
| • Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) | <u>43</u> |
| • Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries | <u>0</u> |
| • Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births | <u>2</u> |
| • Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births | <u>70</u> |
| • Episiotomia/Episiotomy | <u>1</u> |
| • Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorraphy | <u>24</u> |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk | |
| • Gravidez/Pregnancy (40) | <u>76</u> |
| • Trabalho de parto/Labor | <u>24</u> |
| • Puerpério/Puerperium | <u>10</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) | <u>100</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) | <u>100</u> |
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care | <u>16</u> |

8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/*Supervision and care to the women with gynaecological pathology* 61
9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*
- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 0
 - Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 6
 - Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 20
10. Prática Simulada/*Simulated practice*
- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 6
 - Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 2
 - Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 5
 - Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 4
 - Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 5
 - Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 6
11. Situações relevantes no processo de aprendizagem / Relevant situations in the learning process
- Participação no Projeto Acta da EEESNO no EC Puerpérice; Angariação e recolha do Leite Materno para o Banco do Leite da TIAC no EC CSP; Desenvolvi um E-book de Referência NCF; Apresentação de Póster na 2ª Conferência CIDNUR 2024.

Lisboa, 7 / 10 / 2025

Estudante/Student

Joana Catarina Ribeiro de Castro

Docente/Teacher

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

Assinado por: **Maria Helena de Carvalho Valente Presado**
Num. de Identificação: 06028290
Data: 2025.04.07 14:45:52+01'00'

Assinado por: **Maria João Baptista dos Santos Freitas**
Num. de Identificação: 06253666

Apêndices

**Apêndice I – “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família
com Mutilação Genital Feminina: Uma *scoping review*”**

Apêndice I - “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina: Uma *scoping review*”

1.1 Título

“A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina: Uma *scoping review*”

Costa, J.¹, Presado, H.²

1. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ESEL

2. Professora Adjunta, Doutora em Psicologia, ESEL

1.2. Resumo

Objetivo: A presente revisão *scoping* pretende mapear, na literatura científica, as experiências dos Enfermeiros Obstetras no cuidado das famílias/mulheres com Mutilação Genital Feminina.

Introdução: A MGF, apesar de ser considerada uma prática cultural, não deixa de ser um problema de saúde pública com repercussões a nível mundial. O Enfermeiro Obstetra (EO), desempenham um papel crucial no cuidado a mulheres com MGF, podendo contribuir para a eliminação desta prática.

Crítérios de Inclusão: Foi utilizada a estratégia *Participants, Concept e Context* (PCC) onde os participantes foram os enfermeiros obstetras, os conceitos Mutilação genital feminina, contexto, foram considerados todos os contextos que de saúde.

Métodos: A presente revisão *scoping* segue as orientações divulgadas pelo *Joana Briggs Institute* (JBI) tendo a pesquisa sido efetuada em outubro de 2024 nos seguintes recursos eletrónicos: CINAHL *Ultimate*®, MEDLINE *Ultimate*®, ACADEMIC SEARCH, disponíveis através da base de dados *EBSCOhost*. Dos artigos obtidos foram removidos os duplicados. Para os dados extraídos foi utilizado o instrumento de extração de dados adaptado do JBI.

Resultados: Dos 144 artigos encontrados, apenas 5 foram elegíveis para análise e foram publicados na Austrália (3), Malta (1) e Suécia (1). Na experiência dos EO no cuidar da mulher com MGF, salientamos cinco categorias: desafios na prestação de cuidados;

experiência dos EO; barreira linguística/cultural; inclusão do parceiro/família e recomendações.

Conclusões: A evidência reforça a necessidade de mais formação sobre a MGF nos EO; implementação de programas educativos, melhorar a referência e continuidade de cuidados.

Palavras-chave: Mutilação Genital Feminina; Enfermeiro Obstetra; cuidar

Introdução

A Mutilação Genital Feminina (MGF) é uma prática cultural que, embora esteja profundamente enraizada em várias sociedades, tem sido amplamente denunciada em todo o mundo como uma violação dos direitos humanos e uma questão de saúde pública significativa. Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como uma prática prejudicial, a MGF acarreta consequências físicas e psicológicas severas para as mulheres, refletindo a necessidade de intervenções adequadas e conhecedoras na prestação de cuidados de saúde. Esta problemática é ainda mais relevante em contextos culturalmente diversos, onde a imigração resultou na presença de múltiplas culturas (DGS, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que mais de 200 milhões de mulheres foram submetidas a Mutilação Genital Feminina (MGF) e que cerca de 3 milhões estão em risco a nível mundial. Portugal foi considerado um país de risco, entre janeiro e dezembro de 2024 foram registados 254 casos de MGF (RSE-AP; DGS,2024).

O Enfermeiro Obstetra (EO), enquanto profissional de saúde direta e intimamente ligado ao cuidado das mulheres durante o seu ciclo de vida, desempenham um papel crucial no cuidado a mulheres com MGF contribuindo para a eliminação da MGF através da identificação, sinalização e da prevenção.

No entanto, a literatura existente indica que, frequentemente estes profissionais enfrentam desafios, incluindo carências de formação e conhecimento específico sobre a MGF. A ausência de formação adequada pode comprometer a qualidade do cuidado, dificultando na capacidade de oferecer cuidados que sejam simultaneamente respeitosos e culturalmente sensíveis.

A comunicação eficaz com as mulheres com MGF é essencial para a construção de uma relação de confiança e para a promoção de cuidados holísticos e culturalmente

sensíveis. Neste contexto, importa mapear a evidência científica sobre as experiências dos Enfermeiros Obstetras no cuidado das famílias/mulheres com Mutilação Genital Feminina.

Com o objetivo de contribuir para uma compreensão mais profunda dos contextos de cuidado associados à MGF, assim como oferecer recomendações práticas para o fortalecimento das competências dos EO e a promoção de melhores resultados de saúde para as mulheres com MGF e as suas famílias.

Métodos

Face à insuficiência de estudos sobre as experiências dos Enfermeiros Obstetras no cuidar da mulher e família com MGF e, com o objetivo principal de compreender como as experiências dos enfermeiros obstetras influenciam o cuidado das mulheres e suas famílias submetidas ou em risco de Mutilação genital feminina foi conduzida uma revisão Scoping, intitulada “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina: Uma revisão de scoping” com a seguinte questão de pesquisa: "Quais as experiências dos Enfermeiros Obstetras no cuidar da família /mulher com MGF?

Definida com base na mnemónica PCC: População: Enfermeiros Obstetras Conceito: Mutilação Genital Feminina (MGF) e cuidar; Contexto: todos os contextos que englobem cuidados à mulher /família. Esta estratégia visou garantir a seleção de estudos relevantes para responder à questão de pesquisa.

Os critérios de inclusão abrangeram estudos primários e secundários (quantitativos, qualitativos e mistos), artigos de opinião e *guidelines*, publicados entre 2014 e 2024, em inglês, espanhol ou português. Enfermeiros Obstetras e enfermeiros que trabalhem na área da saúde sexual e reprodutiva da mulher; cuidar de mulheres e/ou famílias vítimas de MGF. O critério de exclusão consistiu na indisponibilidade do texto completo do artigo.

Estratégia de pesquisa

Numa primeira etapa foi efetuada uma pesquisa limitada às bases de dados CINAHL, MEDLINE e ACADEMIC SEARCH, através da plataforma EBSCOhost, para identificar artigos sobre a temática. Com esse propósito, foram utilizados os descritores

extraídos dos termos naturais da questão de investigação. Posteriormente, efetuou-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos e a identificação dos termos indexados correspondentes a cada base de dados. Foi elaborado um quadro com termos naturais e respetivos termos indexados (quadro 1), de forma a organizar a primeira etapa.

Quadro 1 – Termos de pesquisa

	Linguagem natural	Linguagem indexada		
		CINAHL	MEDLINE	ACADEMIC SEARCH
P – Enfermeiros Obstetras	Midwife; Nurse Midwives; Obstetric Nurse; Midwifery	(MH “Midwives” OR “Midwife” OR “Nurse Midwives” OR “Obstetric Nurse” OR “Midwifery”)	(MH “Nurse Midwives” OR “Midwife” OR “Obstetric Nurse” Or “Midwifery”)	MH “Midwives” OR “Midwifery” OR “Nurse Midwives” OR Obstetric Nurse”
C – Mutilação Genital Feminina	Female genital mutilation; Circumcision female; cutting female.	(MH “Female genital mutilation” OR “Circumcision female” OR “Cutting female” OR “infibulation”)	(MH “Circumcision, female” OR “Female Genital mutilation” OR “cutting female” OR “infibulation”)	MH “FEMALE genital mutilation” OR “Circumcision female” OR “Cutting female” OR “infibulation”
C- Cuidar	Caring/ Care	(MH “Caring” OR “Care”)	(MH “Empathy” OR “Care” OR “Caring”)	MH “Caring” OR “Care”
C – todos os contextos que englobem o cuidado à mulher	_____	_____	_____	

Numa segunda etapa foi realizada uma pesquisa utilizando todos os termos naturais e termos de indexação identificados no quadro 1, separadamente em cada base de dados. Na base de dados CINAHL efetuou-se uma pesquisa dos termos naturais assim como os respetivos termos de indexação, intersectando-se posteriormente com o operador booleano OR. Após a conjugação entre os termos naturais e os termos de indexação, foi efetuada nova pesquisa reunindo os resultados obtidos anteriormente, com o operador booleano AND. Sucederam-se os mesmos passos na base de dados MEDLINE e ACADEMIC SEARCH, com os respetivos termos identificados no quadro 1.

Por fim, na terceira etapa foi concretizada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, pesquisando mais evidência primária. Esta pesquisa foi efetuada em Outubro de 2024.

Seleção de estudos

Os artigos encontrados foram analisados tendo em conta a pertinência do título e do resumo. Foram eliminados os duplicados e os que não correspondiam aos critérios de inclusão previamente definidos. Posteriormente, os artigos selecionados foram analisados através da leitura full-text, tendo se considerado elegíveis para a presente revisão 5 artigos.

Extração de dados

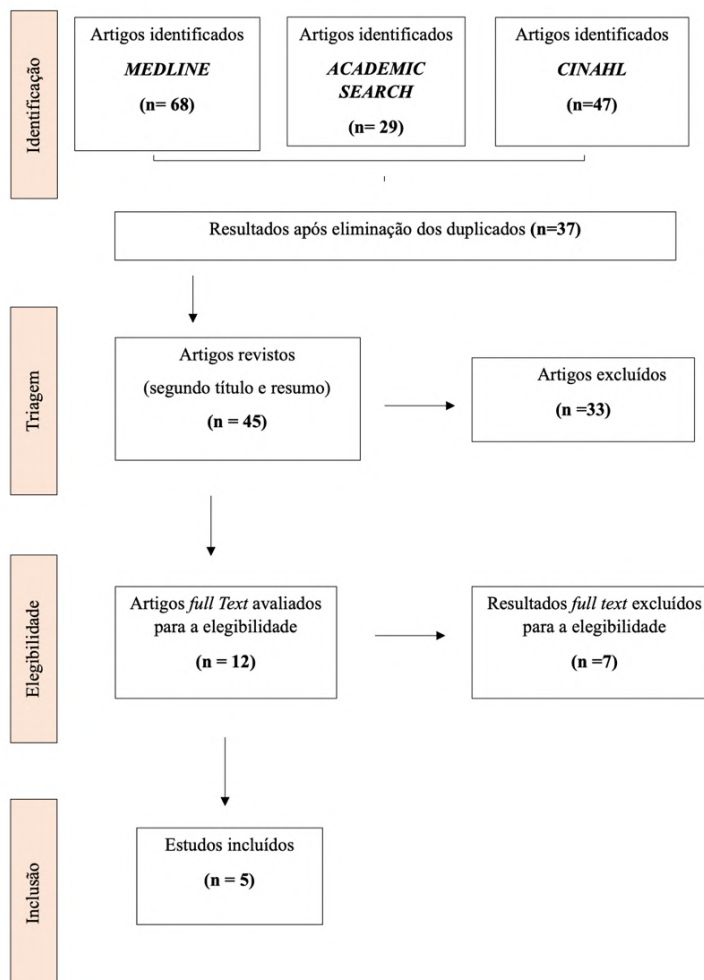
Foi produzida uma ferramenta de extração de dados por um revisor independente, em concordância com as indicações do JBI10. Esta ferramenta foi testada, com objetivo de garantir a transparência e rigor dos dados extraídos. Através da mesma os dados dos artigos selecionados foram extraídos. Este processo encontra-se representado no Apêndice I.

Assim, os dados extraídos pormenorizam aspetos sobre o fenómeno em estudo, população, objetivos, metodologia e resultados importantes para a questão de investigação.

Resultados da pesquisa

Foram identificados 144 artigos. Após serem removidos os duplicados, permaneceram 110 artigos para análise de títulos e resumos de acordo com os critérios de inclusão definidos. Nesta fase, após a leitura dos títulos, selecionaram-se 45 artigos, dos quais 33 foram excluídos após a leitura dos resumos, resultando em 12 artigos para leitura integral. Destes, 7 foram excluídos por não apresentarem informação relevante para a revisão scoping (RS), obtendo-se um total de 5 artigos elegíveis para análise nesta revisão scoping. Este processo encontra-se esquematizado no fluxograma Prisma a que a figura 1 se refere.

Figura 1 – Fluxograma Prisma



Resultados

O presente conjunto de artigos explora as experiências dos enfermeiros obstetras no cuidado a mulheres com Mutilação Genital Feminina (MGF). A pesquisa identifica as dificuldades vivenciadas por estes profissionais na prestação de cuidados adequados, incluindo a falta de formação específica, estigmas sociais e limitações culturais que dificultam a comunicação e a compreensão das necessidades das mulheres com MGF. Os artigos também abordam a importância do empoderamento dos profissionais de saúde, destacando a necessidade de formação contínua sobre MGF, sensibilização cultural e formação em práticas de cuidado sensíveis.

Todas as evidências selecionadas foram escritas em língua inglesa, realizadas na Austrália (3), Malta (1) e Suécia (1). A população que foi incluída nas publicações englobou parteiras/enfermeiros obstetras.

Os resultados sugerem a implementação de programas de formação e políticas de saúde que abordem diretamente a MGF, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e promover a saúde e o bem-estar das mulheres e famílias com MGF.

Com vista a organizar os resultados que emergiram da pesquisa, foram agrupados os mesmos em cinco categorias.

Desafios na prestação de cuidados - O estudo de Boison (2021) oferece uma perspetiva sobre as vivências de enfermeiros obstetras e parteiras no cuidado a mulheres que sofreram Mutilação Genital Feminina (MGF), particularmente nos contextos do parto. Um estudo qualitativo que utilizou entrevistas semiestruturadas com seis parteiras que trabalham em clínicas obstétricas na Suécia. Objetivo principal do estudo foi descrever as experiências de parteiras suecas no cuidado de mulheres infibuladas durante o parto.

Através de entrevistas realizadas, o estudo revela as dificuldades éticas e culturais associadas ao cuidado de mulheres infibuladas. As parteiras enfrentaram vários desafios devido à falta de orientações nacionais objetivas e intervenções padronizadas na condução do trabalho de parto em mulheres infibuladas. Provocando sentimentos de insegurança e ansiedade por parte das parteiras. A ausência na identificação da infibulação no período pré-natal dificultou os cuidados a estas mulheres no momento do parto (Boison, 2021).

O artigo intitulado "Perspectivas das parteiras australianas sobre a gestão dos cuidados obstétricos de mulheres que vivem com circuncisão/mutilação genital feminina" fornece uma análise crítica das perceções e práticas dos enfermeiros obstetras no contexto da prestação de cuidados a mulheres com Mutilação Genital Feminina (MGF). A investigação destaca a necessidade de compreender as especificidades culturais e sociais vinculadas à MGF, uma vez que estas influenciam diretamente as intervenções no cuidado durante a gravidez e o parto (Ogunsiji, 2016). As evidências apresentadas revelam que as parteiras australianas enfrentam desafios significativos ao lidar com as repercussões físicas e emocionais da MGF durante o cuidado obstétrico. O estudo identifica vários problemas de saúde física experienciados por mulheres com MGF, incluindo: rutura da bexiga; acúmulo menstrual; quistos; incontinência urinária; dor intensa; hemorragia; infeção; infertilidade e trauma psicológico (Ogunsiji, 2016). Como complicações obstétricas, foram observadas um aumento dos riscos de trabalho de parto prolongado, lacerações de terceiro grau e natimortos em mulheres com MGF. A desinfibulação

(abertura cirúrgica da vagina) aumentou o risco de infecção e agravou o trauma psicológico (Ogunsiji, 2016).

A falta de formação específica sobre MGF é identificada como uma barreira crítica, limitando a capacidade das profissionais em oferecer cuidados adequados e culturalmente sensíveis (Ogunsiji, 2016).

Os défices de conhecimento e competências evidenciados no estudo de Dawson (2015), nomeadamente a variabilidade nos níveis de conhecimento e confiança das parteiras em relação à MGF é preocupante. Embora algumas demonstrassem familiaridade com os diferentes tipos de MGF e os riscos associados à saúde, muitas expressaram falta de confiança na prestação de cuidados adequados. Isto sublinha a necessidade de programas de formação e práticas padronizados que abordem não só o conhecimento teórico, mas também as competências práticas, incluindo a realização de procedimentos como a desinfibulação e identificação dos tipos de MGF. A variação nos níveis de conhecimento também evidencia a necessidade de desenvolvimento profissional contínuo para garantir padrões de cuidados em todos os contextos (Dawson, 2015).

No estudo de Bajada e Spiteri (2022) que explora as experiências de seis parteiras maltesas que prestam cuidados intraparto a mulheres com Mutilação Genital Feminina (MGF), também é destacado uma significativa falta de conhecimento sobre os diferentes tipos de MGF. Esta falta de conhecimento contribuiu para sentimentos de incerteza e medo na prestação de cuidados.

Por último, Turkmani (2018) destaca que uma parte significativa das parteiras (24%) necessitava de adquirir conhecimentos sobre a classificação correta da MGF. Quase metade (48%) não tinha recebido formação em MGF durante a sua formação em parteiras. O estudo de Turkmani (2018) fornece uma visão abrangente do conhecimento e das competências das parteiras na Austrália em relação às consequências da Mutilação Genital Feminina (MGF). Os estudos demonstram carências no conhecimento teórico e prático das parteiras, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados a mulheres que vivem com as sequências desta prática.

Os dados obtidos revelam que, embora exista uma crescente consciência sobre a MGF e suas implicações para a saúde física e psicológica das mulheres, há uma

insuficiência formação específica sobre o tema entre os profissionais de enfermagem obstétrica (Turkmani, 2018).

Experiência dos Enfermeiros Obstetras/parteiras - Boison (2021), relata as experiências emocionais das parteiras, nomeadamente ansiedade e sofrimento, ao cuidar destas mulheres. Sentiram sofrimento ao presenciar a dor das mulheres e incapazes de prestar cuidados adequados às suas necessidades. Expressaram também preocupação com a experiência emocional das mulheres, para além dos desafios físicos do parto. Apesar destes desafios, algumas parteiras também manifestaram respeito pela resiliência destas mulheres.

Esta falta de conhecimento resulta numa incapacidade de realizar intervenções adequadas, refletindo numa necessidade de criação de programas de educação direcionados que abordem os aspetos clínicos da MGF e as questões culturais subjacentes. O reforço das competências dos profissionais é fundamental para capacitar as parteiras nos cuidados adequados e sensíveis às necessidades das mulheres com MGF (Turkmani,2018).

No estudo de Dawson (2015) as parteiras descreveram uma variedade de sentimentos e experiências, expressaram preocupações como: a falta de confiança e competências na gestão de complicações relacionadas com a MGF, particularmente durante o parto; preocupações sobre a dor /sofrimento durante os cuidados; dificuldades na comunicação devido a barreiras linguísticas e diferenças culturais; desafios na obtenção de consentimento informado e no respeito pela autonomia das mulheres e medos sobre a perpetuação da MGF na comunidade. As narrativas das parteiras destacam uma clara preocupação com as barreiras que limitam a prestação de cuidados adequados a estas mulheres, sendo a falta de formação especializada em MGF um dos principais obstáculos identificados. Este défice de conhecimento impede não apenas uma compreensão adequada das repercussões fisiológicas e psicológicas da MGF, mas também a capacidade de assegurar um cuidado respeitoso e sensível (Dawson,2015).

Os desafios significativos enfrentados pelas parteiras incluíram a realização de exames vaginais e a colocação de sondas urinárias devido às alterações físicas causadas pela MGF. Barreiras de comunicação, principalmente devido a diferenças linguísticas e ao desconforto das mulheres em partilhar informações sensíveis com intérpretes do sexo masculino (Bajada & Spiteri, 2022).

Turkmani (2018), refere no seu estudo que embora a maioria das parteiras (86,5%) trabalhasse em instalações públicas, 8% relataram ter sido solicitadas ou conhecerem colegas que foram solicitados a realizar MGF na Austrália. Uma parte substancial (43%) relatou ter cuidado diretamente de mulheres com MGF durante a gravidez e o parto, destacando a necessidade de melhor formação e preparação nesta área.

Barreira linguística/ cultural - A comunicação eficaz foi identificada como crucial no estabelecimento de uma relação de confiança. Mas desafiante, nomeadamente quando existem barreiras linguísticas ou experiências traumáticas que dificultavam uma comunicação eficaz (Boison, 2021).

As diferenças culturais e as barreiras linguísticas originaram desafios na comunicação e no estabelecimento de uma relação de confiança com as mulheres (Ogunsiji, 2016). O estudo enfatiza a sensibilidade cultural necessária para a prestação de cuidados a estas mulheres. As parteiras observaram que os membros da família estavam frequentemente mais envolvidos nas decisões de cuidados de saúde do que as próprias mulheres, refletindo as normas culturais em algumas comunidades. Algumas mulheres hesitaram em revelar a sua MGF devido a constrangimento ou medo de julgamento (Ogunsiji, 2016).

Outro ponto central destacado no estudo é a importância de uma comunicação eficaz e empática no acompanhamento dessas mulheres. As parteiras reconhecem a necessidade de estabelecer um espaço seguro onde as mulheres se sintam à vontade para partilhar as suas experiências e preocupações (Ogunsiji, 2016). A criação de um ambiente acolhedor é fundamental para fomentar a confiança e facilitar o diálogo sobre os desafios que as mulheres enfrentam devido à MGF (Ogunsiji, 2016).

Neste sentido, o artigo destaca a relevância da colaboração interdisciplinar na gestão dos cuidados a estas mulheres. A integração de conhecimentos de várias áreas da saúde pode contribuir significativamente para um cuidado mais holístico e que se adeque às necessidades únicas das mulheres afetadas pela mutilação genital (Ogunsiji, 2016).

No estudo de Dawson (2015) a ênfase do estudo na importância dos cuidados culturalmente sensíveis é crucial. As barreiras linguísticas e as dificuldades culturais impediram significativamente o estabelecimento de uma relação de confiança e uma comunicação eficaz entre parteiras e mulheres com MGF. Isto reforça a necessidade de

incorporar uma formação em competências culturais na educação de parteiras e no desenvolvimento profissional contínuo. A formação deve preparar as parteiras com estratégias de comunicação eficaz com recurso a intérpretes, abordar questões culturais sensíveis e potenciais barreiras de comunicação.

Inclusão o parceiro/família

Um dos aspetos cruciais emergentes do estudo de Ogunsiji (2016) é a importância de incluir o parceiro ou companheiro no processo de cuidado, o que pode ser fundamental para promover um ambiente de suporte emocional durante a gravidez e o parto.

A inclusão do parceiro não só pode facilitar a comunicação e a tomada de decisões informadas, mas também contribuir para um cuidado mais holístico que reconhece a dinâmica familiar e social. As parteiras relatam que, ao envolver o parceiro, é possível abordar preocupações e expectativas, além de promover a educação a ambos sobre as implicações da MGF (Ogunsiji, 2016).

Os resultados sublinham a importância de formação especializada que não apenas compreenda aspetos técnicos da MGF, mas que também prepare os profissionais para integrar práticas de cuidado que contemplem a família e incluam a participação ativa do parceiro no processo.

Em suma, o autor enfatiza que para acolher às necessidades das mulheres com MGF implica numa compreensão abrangente das suas experiências, que inclui não só intervenções individuais, mas também a consideração do papel do parceiro, estabelecendo um modelo de cuidado mais inclusivo e baseado no respeito.

Dawson (2015), também aborda a inclusão do parceiro ou companheiro no processo de cuidados. A participação ativa do parceiro não só proporciona um suporte emocional adicional, mas também promove uma melhor compreensão das dinâmicas familiares relacionadas com a MGF. Este envolvimento pode ajudar a minimizar a sensação de isolamento que algumas mulheres podem experienciar e, ao mesmo tempo, educar ambas as partes sobre as implicações da MGF. Dessa forma, a inclusão do parceiro torna-se um componente essencial para um cuidado holístico (Dawson, 2015).

Recomendações dos Enfermeiros Obstetras/parteira

O estudo de Boison (2021) defende a implementação de diretrizes nacionais na Suécia para melhorar os cuidados prestados às mulheres que foram submetidas à MGF, idealmente desde o início da sua idade reprodutiva. Os autores enfatizam a necessidade de realizar mais estudos que visem abordar as perspectivas na experiência do cuidar e os aspetos emocionais vivenciados pelas parteiras.

A investigação de Ogunsiji (2016) sugere a necessidade de uma formação e prática de competências para as parteiras no cuidado às mulheres com MGF, incluindo competências culturais e sensibilidade/empatia. Isto inclui procedimentos padronizados para exames vaginais e na prestação de cuidados a mulheres com MGF. Destacando-se as seguintes recomendações: aumento da consciencialização e formação para profissionais de saúde sobre a MGF; abordagens de cuidados culturalmente sensíveis e centradas nas mulheres; protocolos padronizados para a prestação de cuidados obstétricos a mulheres com MGF; melhor acesso a profissionais de saúde do género feminino e mais recursos para aconselhamento e apoio a mulheres com MGF e às suas famílias (Ogunsiji, 2016). O estudo conclui que, embora as parteiras australianas estejam capacitadas para cuidar destas mulheres, são necessários mais apoios, formação e recursos para garantir cuidados culturalmente mais sensíveis e holísticos.

Em suma, o autor enfatiza que é imperativo que as parteiras australianas recebam formação especializada sobre MGF, pois a aquisição de conhecimento sobre a temática não só melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também promove uma prática de enfermagem culturalmente sensível. Os resultados sugerem a necessidade de programas de formação contínua e a implementação de políticas de saúde que abordem de forma ampla as questões relativas à MGF, assegurando que as mulheres recebam um cuidado especializado.

De acordo com Dawson (2015) a incoerência na recolha e registo de dados sobre MGF nos sistemas informáticos de saúde revelou-se outra preocupação significativa. Os resultados apontam para a necessidade de intervenções interdisciplinares para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a mulheres com MGF na Austrália. Estas intervenções incluem: a implementação de programas de formação e práticas padronizados que integrem a competência cultural; o desenvolvimento de protocolos para a recolha e registo informático de dados sobre MGF; o aumento do acesso a recursos e apoio para

as parteiras e a promoção da continuidade de cuidados. A falta de protocolos padronizados de recolha de dados dificulta a monitorização epidemiológica precisa, limitando a capacidade de investigar a prevalência da MGF, avaliar a eficácia das intervenções e informar a distribuição de recursos de forma adequada (Dawson, 2015).

A necessidade expressa pelas parteiras de maior acesso a recursos, incluindo orientações atualizadas, materiais de formação e apoio profissional, sublinha a atual falta de infraestruturas adequadas para apoiar a sua prática. Esta falta de apoio contribui para sentimentos de inadequação e incerteza, afetando potencialmente a qualidade dos cuidados. A criação de redes de apoio dedicadas, programas de mentoria e recursos facilmente acessíveis são essenciais para reforçar a confiança e a competência das parteiras. Isto exige um esforço colaborativo entre organizações profissionais, instituições de saúde e entidades governamentais. Destacando-se neste estudo as seguintes sugestões: a necessidade crucial de formação, educação e supervisão de apoio para as parteiras, de modo a melhorar a sua confiança, competências e conhecimento sobre a MGF. Isto inclui treino prático em procedimentos como a desinfibulação, estratégias eficazes de comunicação, melhor conhecimento dos tipos de MGF, formação em sensibilidade cultural e orientação sobre intervenções clínicas necessárias (Dawson, 2015).

A investigação sugeriu que os programas de sensibilização comunitária e a educação preventiva em âmbito comunitário podem desempenhar um papel significativo no combate à MGF, sugerindo a inclusão de visitas domiciliares no período pré e pós-natal (Dawson, 2015).

No estudo de Bajada e Spiteri (2022) todas as participantes destacaram a necessidade de formação e educação melhoradas sobre a MGF, incluindo os aspetos psicológicos e culturais, para melhorar as suas competências e satisfação profissional. As sugestões incluíram sessões de aconselhamento para parteiras e pacientes e maior acesso a intérpretes femininos.

Turkmani (2018) sublinha a necessidade crucial de formação e prática de competências em MGF para as parteiras australianas. Isto é crucial para garantir cuidados adequados às mulheres com MGF, o cumprimento das normas legais e a recolha eficaz de dados relevantes de saúde (registo eletrónico). Recomenda também, o desenvolvimento de recursos de formação abrangentes, incluindo módulos de e-learning,

para colmatar as lacunas de conhecimento e competências identificadas. Reforça a necessidade de criação de mecanismos para a recolha de dados sobre MGF para melhor informar e planear os recursos nos cuidados de saúde. O estudo destaca o importante papel das parteiras como prestadoras de cuidados de saúde de primeira linha na abordagem das complexidades que envolvem os cuidados com a MGF, enfatizando a necessidade de desenvolvimento profissional contínuo.

Outro ponto crucial identificado no estudo refere-se à expressão de necessidades específicas de formação por parte das parteiras, que enfatizaram a relevância de uma educação continuada que aborde não somente os impactos clínicos da MGF, mas também as estratégias de comunicação e sensibilização cultural necessárias para interagir de maneira adequada com as mulheres (Turkmani,2018).

Além disso, sugere a necessidade de criar redes de apoio entre parteiras e outros profissionais de saúde, permitindo a troca de conhecimentos e a partilha de melhores práticas. A colaboração multidisciplinar é fundamental para a formulação de abordagens de cuidado que atendam à complexidade das necessidades das mulheres que sofreram MGF, garantindo estratégias de intervenção holísticas e integradas (Turkmani,2018).

Ambos os estudos sublinham a emergência de iniciativas de formação e capacitação cuja implementação é fundamental para garantir que as parteiras / enfermeiras obstetras sejam adequadamente preparadas para oferecer cuidados eficazes e culturalmente sensíveis às mulheres afetadas pela mutilação genital feminina. O enriquecimento das competências das parteiras vai melhorar a qualidade do cuidado prestado, mas também terá um impacto positivo na experiência das mulheres com MGF, reforçando a necessidade de uma abordagem holística e centrada na mulher e família.

Conclusão

Dos 114 artigos encontrados apenas 5 foram elegíveis para análise e nenhum foi publicado em Portugal. A análise integrada das experiências dos enfermeiros obstetras na prestação de cuidados a mulheres com Mutilação Genital Feminina (MGF) revela uma complexa intersecção entre conhecimento, sensibilização cultural e prática ética. Apesar do crescente reconhecimento das implicações da MGF para a saúde das mulheres, as evidências destacam que existem ainda lacunas significativas no conhecimento e na

formação destes profissionais sobre esta prática, comprometendo, assim, a qualidade do cuidado prestado (Bajada & Spiteri, 2022; Boison, 2021; Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

Os estudos indicam que, embora os enfermeiros obstetras/parteras demonstrem consciência sobre as implicações da MGF e suas consequências, muitas relataram insegurança em relação às suas capacidades para cuidar adequadamente destas mulheres devido a ausência de uma formação específica. A falta de formação sobre a MGF nos cursos de enfermagem e a escassez de experiências práticas têm um impacto negativo, tanto na confiança dos enfermeiros obstetras quanto na percepção das mulheres em relação ao cuidado que recebem (Bajada & Spiteri, 2022; Boison, 2021; Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

Importa também destacar a relevância da sinalização das crianças do sexo feminino em risco de serem submetidas à MGF. A identificação precoce e a correta referência das situações que estão em risco de mutilação são fundamentais para a proteção das jovens, garantindo que se estabeleçam mecanismos de prevenção e que as famílias recebam orientação sobre as consequências sérias dessa prática. É crucial que os enfermeiros obstetras desenvolvam competências nesta área, assegurando uma abordagem holística.

A inclusão do parceiro no processo de cuidado emerge como uma estratégia vital para promover um ambiente de suporte e compreensão durante a gravidez e o parto. Esta abordagem não apenas facilita a comunicação, mas também possibilita uma compreensão mais abrangente das dinâmicas familiares e das tradições culturais associadas. A MGF abrange toda a família, a evidência diz-nos que os parceiros podem ter um papel preventivo, evitando a continuidade desta violência nas suas filhas. Portanto, é imprescindível que a formação aborde tanto a sensibilização cultural quanto a capacitação técnica, para que os enfermeiros possam oferecer um cuidado respeitoso e culturalmente sensível (Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016).

Além disto, a continuidade de cuidados na comunidade para estas mulheres e suas famílias é essencial. Implementar programas que garantam o cuidado contínuo, acompanhamento e suporte psicológico pós-parto pode fazer uma diferença significativa na recuperação e no bem-estar das mulheres. A promoção de redes de apoio e a colaboração multidisciplinar são igualmente necessárias para a concretização de uma

abordagem holística, permitindo uma maior troca de conhecimentos e uma abordagem mais cuidada às necessidades das famílias afetadas pela MGF (Dawson,2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani,2018).

Em suma, as evidências incluídas nesta RS sublinham a necessidade de formação para enfermeiros obstetras e parteiras, com a inclusão obrigatória da temática da MGF. A implementação de programas educativos que abranjam desde questões físicas e psicológicas até a sensibilização cultural, técnicas de comunicação, sinalização de crianças em risco e continuidade de cuidados é essencial para assegurar cuidados holísticos a estas mulheres e as suas famílias. Através destas estratégias, poderá ser promovida a saúde e o bem-estar das mulheres com MGF, prevenindo a prática desta violência em gerações futuras.

O Enfermeiro Obstetra demonstra competências para cuidar destas famílias e das comunidades em risco.

Conflito de Interesses

Na realização desta revisão *scoping*, não se constatou qualquer conflito de interesses.

Referências Bibliográficas

- Bajada, M., & Spiteri, G. (2022). Midwives' experiences of providing intrapartum care to women with female genital mutilation. *MIDIRS Midwifery Digest*, 32(2), 201–207. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=158841024&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Boisen, C., Gilmore, N., Wahlberg, A., & Lundborg, L. (2021). "Some women are proud of their experience and i have to respect that": An interview-study about midwives' experiences in caring for infibulated women during childbirth in Sweden. *Journal of Primary Health Care*, 13(4), 334–339. <https://doi.org/10.1071/HC21118>
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género [CIG] (2017). Relatório intercalar de execução do III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação

- Genital Feminina - 2016. Lisboa: CIG. Acedido em: 05/01/2025. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/mutilacao-genital-feminina/>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2021). Orientação 008/2021 de 30/06/2021. Mutilação Genital Feminina. [Internet]. Lisboa: DGS. Available from: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/Orientacao-da-Direcao-Geral-da-Saude-sobre-MGF.pdf>
- DGS, & SPMS. (2024). Mutilação Genital Feminina- Análise de casos registados na PDS/RSE-PP 2024. [Internet]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-da-tolerancia-zero-a-mutilacao-genital-feminina-pdf1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2024). Orientação número 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto (Atualizada a 26.03.2024).
- Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. [Internet]. *Women and Birth*, 28(3), 207–214. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01>.
- González-Timoneda, A., Ruiz Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: Are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- Ogunsiji, O. (2016). Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/mutilation. *Health Care For Women International*, 37(10), 1156–1169. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1215462>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS*. APF (edição em português) http://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/eliminacao_mgf_declarconjtdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2009). *Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos currícula de Profissionais de Saúde. Manual de Formação* (edição em português, revista e adaptada). APF.

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*.
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/managementhealth-complications-fgm/en/>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2024). *Mutilação genital feminina*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, (Editors) JBI Manual for Evidence Synthesis (Internet). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Turkmani, S., Homer, C., Varol, N., & Dawson, A. (2018). A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation. *Women and Birth*, 31(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.009>
- Reig-Alcaraz, M., Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2016). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 245–260.
<https://doi.org/10.1111/jan.12823>
- UEFGM (2017). Informação básica sobre a Mutilação Genital Feminina. Acedido a 5 de abril de 2020. Disponível em: <https://uefgm.org/index.php/what-is-fgm/?lang=pt>;
- UNICEF. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/43288321>

Apêndices

Apêndice I - Tabela extração artigos RS

Adaptado do JBI *Manual for Evidence Synthesis*, JBI (2024)

Autor/ano	Título	Objetivos	Tipo de estudo	Metodologia	Resultados	Conclusões
Turkmani et al. (2018)	A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation	Explorar o conhecimento, a experiência e as necessidades das parteiras em relação ao cuidado às mulheres com MGF.	Uma pesquisa descritiva autoadministrada online (inquérito).	A pesquisa composta por 19 questões de escolha múltipla e abertas, contendo dados demográficos (i.e., idade, país da obstetrícia, formação, qualificações, experiência e áreas de especialidade, incluindo anos de experiência como parteira), conhecimento dos tipos de MGF com base na Classificação da OMS, meios de acesso a informação técnica, atualizações, experiências pessoais (incluindo os seus desafios em cuidar para as mulheres vítimas de MGF e problemas com a recolha de dados) e as necessidades de formação.	Das 198 parteiras (24%) não sabiam a classificação correta da MGF. Quase metade das entrevistadas (48%) referiram que não tinham recebido formação em MGF durante a sua formação em obstetrícia. Muitas parteiras demonstraram desconhecimento sobre os aspetos legais relacionados com a MGF, referindo dificuldades no processo de encaminhamento/sinalização das mulheres com MGF. A sua maioria expressou a intenção de receber formação específica sobre MGF.	O estudo revela que existem lacunas significativas no conhecimento das parteiras australianas sobre a MGF. A formação adequada é essencial para capacitar as parteiras a prestar cuidados culturalmente sensíveis as mulheres com MGF. É crucial implementar estratégias educacionais e melhorar o conhecimento sobre a temática da MGF. As parteiras necessitam de recursos e apoio adequados para prestar cuidados a mulheres com MGF. Isso pode incluir diretrizes clínicas, materiais educativos, serviços de tradução e apoio de outros profissionais de saúde.
Boisen et al. (2021)	'Some women are proud of their experience, and I have to respect that':	Descrever as experiências das parteiras suecas no cuidado de mulheres que sofreram MGF	Estudo qualitativo.	Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas individuais, para explorar as experiências de 6	As parteiras enfrentam desafios significativos ao cuidar de mulheres infibuladas durante o trabalho de parto. Estes desafios são exacerbados pela falta de diretrizes e procedimentos	Os decisores políticos na Suécia devem considerar a implementação de medidas nacionais e orientações sobre o cuidado a mulheres com MGF, idealmente numa fase

	an interview-study about midwives' experiences in caring for infibulated women during childbirth in Sweden	durante o trabalho de parto.		parteiras no cuidado a mulheres que sofreram MGF (infibulação) durante o trabalho de parto.	padronizados nos cuidados pré-natais. Relatam uma diversidade de emoções ao cuidar de mulheres que sofreram infibulação. Expressam preocupação com o estado emocional das mulheres durante o trabalho de parto, considerando as circunstâncias traumáticas em que a infibulação ocorreu. A comunicação eficaz entre a parteira e a mulher é crucial. No entanto, a presença de barreiras linguísticas e a dificuldade em abordar o tema da infibulação durante o trabalho de parto representam obstáculos.	inicial da sua vida reprodutiva. É fundamental reconhecer e respeitar as diferenças culturais, ao mesmo tempo em que se garante o acesso a cuidados de qualidade. Torna-se essencial proporcionar educação e cuidados adequados aos profissionais de saúde, incluindo as parteiras, sobre a MGF.
Ogunsij (2016)	Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/mutilation	Descrever histórias de parteiras australianas sobre como gerem os cuidados obstétricos das mulheres com MGF. Resultados de um estudo que explorou as experiências das parteiras australianas que cuidam de mulheres que vivem com MGF.	Estudo qualitativo	Este estudo foi orientado pela fenomenologia heideggeriana qualitativa, utilizando uma abordagem interpretativa. A fenomenologia heideggeriana é sustentada por uma filosofia com foco na compreensão do fenómeno humano através do quotidiano de experiências vividas.	As parteiras australianas enfrentam desafios ao prestar cuidados obstétricos a mulheres com MGF devido à falta de familiaridade com a MGF, questões culturais e emocionais. Recorrem a estratégias que permitem que as mulheres expressem as suas preocupações e emoções, proporcionando explicações detalhadas sobre os cuidados. A comunicação e a construção de uma relação de confiança são cruciais para ajudar as mulheres a lidar com o medo, a vergonha e o trauma associados à MGF. As parteiras reconhecem a importância dos membros da família e das crenças culturais das mulheres, adaptando os cuidados para	As parteiras australianas adaptam os cuidados obstétricos às necessidades individuais das mulheres com MGF, abordando questões físicas, emocionais, psicossociais e culturais. É essencial uma abordagem holística que inclua apoio psicológico, aconselhamento sexual e encaminhamento. Importante garantir o acompanhamento pós-parto adequado. É fundamental aumentar a consciencialização sobre a MGF entre os profissionais de saúde e fornecer formação adequada para proporcionar

					respeitar as suas necessidades. Existe uma necessidade de formação adicional sobre a MGF, bem como apoio organizacional para garantir que as mulheres recebam cuidados culturalmente sensíveis e holísticos.	cuidados culturalmente sensíveis.
Bajada & Spiteri (2022)	Midwives' experiences of providing intrapartum care to women with female genital mutilation	Este estudo teve como objetivo explorar as experiências das parteiras na prestação de cuidados intraparto a mulheres com MGF.	Estudo qualitativo	O guião de entrevista foi realizado para obter dados de seis parteiras que foram recrutadas via amostragem intencional.	As parteiras participantes no estudo demonstraram falta de conhecimento sobre a MGF, incluindo a classificação dos quatro tipos de MGF. Expressaram sentimentos negativos em relação à prática da MGF, como choque, incerteza e medo ao prestar cuidados a mulheres que sofreram MGF. No entanto, demonstraram empatia para com as mulheres. As parteiras enfrentaram desafios ao realizar procedimentos invasivos, como cateterização urinária e exames vaginais. Em particular, sentiram receio ao realizar a desinfibulação. A dificuldade na comunicação foi um desafio significativo, porque muitas mulheres com MGF não falavam maltês nem inglês. A presença de intérpretes do sexo masculino também dificultou a partilha de informações sensíveis. As parteiras identificaram a necessidade de formação sobre a MGF para aumentar a	As parteiras em Malta carecem do conhecimento necessário para prestar cuidados a mulheres com MGF. É necessário aumentar a consciencialização e a educação sobre a MGF entre as parteiras. Referem necessidade de melhorar a comunicação e ultrapassar as barreiras linguísticas para garantir cuidados sensíveis. Sugerem a formação adicional e apoio, como sessões de aconselhamento.

					conscientização sobre a problemática e melhorar os cuidados prestados.	
Dawson et al. (2015)	Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia	Fornecer a informação sobre as opiniões e experiências das parteiras sobre o trabalho com mulheres afetadas por MGF.	Estudo qualitativo descritivo, utilizando discussões em grupos focais.	O foco do estudo foi a compreensão das múltiplas realidades ou experiências de parteiras em discussões em grupos focais. Os grupos de foco também permitiram que os participantes atuem como censores uns dos outros, para que os erros factuais ou pontos de vista extremos poderiam ser identificados no decurso da discussão.	As parteiras demonstraram um conhecimento variável sobre os diferentes tipos de MGF, as suas implicações para a saúde e as populações em risco. As parteiras descrevem desafios na comunicação com as mulheres devido as barreiras linguísticas e culturais. Reconheceram a importância de abordar o tema da MGF com sensibilidade e empatia, evitando julgamentos e respeitando as crenças culturais. As parteiras expressaram a necessidade de mais formação e educação sobre a MGF, incluindo como identificar os diferentes tipos, as complicações de saúde associadas e como comunicar eficazmente com as mulheres. A continuidade de cuidados foi identificada como um fator importante para construir uma relação de confiança. A colaboração com programas comunitários foi vista como uma forma de melhorar o acesso aos cuidados e o apoio às mulheres com MGF. O estudo destacou a importância de envolver os parceiros das mulheres no processo de aconselhamento, para que possam compreender os riscos da MGF.	O artigo enfatiza a necessidade de proporcionar educação e formação contínua às parteiras sobre MGF, para que possam prestar cuidados de qualidade. É necessário melhorar a comunicação entre as parteiras e as mulheres com MGF, através da utilização de intérpretes, materiais informativos em diferentes línguas e uma abordagem culturalmente sensível. Providenciar aconselhamento e apoio às mulheres com MGF, abordando as suas preocupações de saúde, os seus medos e as suas necessidades emocionais. As parteiras têm um papel importante a desempenhar na prevenção da MGF, através da educação das comunidades em risco e do apoio às mulheres com MGF. Proporcionar cuidados culturalmente sensíveis e educar as comunidades, as parteiras podem ajudar a transformar tradições prejudiciais e a melhorar a vida das mulheres com MGF.

Apêndice II – Guião da entrevista

Dados da Categorização dos Participantes

1. Idade _____ anos
2. Género: Feminino _____ Masculino _____ Outro _____
3. Tempo de exercício profissional como EEESMO _____

Perguntas sobre a temática da Mutilação Genital Feminina (MGF)

Questão	Indicadores de Resposta
1. O que sabe sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF)?	• Conhecimentos • Prevalência em Portugal • Classificação dos diferentes tipos de MGF • Técnicas/rituais
2. Como descreve a sua experiência de cuidar de uma mulher/família com MGF?	• Reconhecimento de Situações de MGF • Aspectos relevantes no Cuidar (comunicação; barreiras/dificuldades; relação utente/família; sinalização; educação para a saúde) • Ilustrar uma situação da prática clínica
3. Quer apresentar algumas sugestões para capacitar os Enfermeiros de competências no cuidar da mulher/família com MGF.	• Conhecimentos/Preparação para o Cuidado • Necessidade de Formação • Sugestões

Apêndice III – Consentimento informado

Apêndice III – Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Caro Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica,

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que mais de 140 milhões de mulheres foram sujeitas a Mutilação Genital Feminina (MGF) e cerca de 3 milhões estão em risco a nível mundial. Esta prática cultural tem especial incidência em África, Ásia, América Central e do Sul, mas devido à migração internacional já se encontra dispersa por todo o mundo (OMS, 2016). Assim, Portugal torna-se um país de risco para a ocorrência desta realidade (DGS, 2021). Entre janeiro e dezembro de 2023, registaram-se 223 casos de mutilação genital feminina, todos na região de Lisboa e Vale do Tejo (DGS, 2023).

A Mutilação Genital Feminina é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos das mulheres, adolescentes e crianças (OMS, 2016).

Os Enfermeiros Obstetras podem desempenhar um papel importante na eliminação da prática da MGF, não apenas pela identificação e conhecimento, mas também evitando que as comunidades em risco recorram à Mutilação Genital Feminina. As mulheres submetidas à MGF e as crianças em risco procuram cuidados de saúde ao longo da sua vida (saúde infantil, planeamento familiar, pré-natal, gravidez, trabalho de parto e puerpério). Os enfermeiros obstetras demonstram conhecimento e competências no cuidar das mulheres/famílias vítimas de MGF.

O estudo de investigação **“A Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da Família com Mutilação Genital Feminina”**, tem como objetivos descrever as experiências dos enfermeiros obstetras no cuidado das famílias/mulheres com MGF; identificar nos enfermeiros obstetras, quais os fatores influenciadores da prestação de cuidados à mulher / família com MGF ou em risco e promover a reflexão sobre a importância da formação no cuidar nesta área.

Este estudo é realizado no âmbito académico, para obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola

Superior de Enfermagem de Lisboa, não carece de riscos ou encargos para os participantes.

A presente entrevista semiestruturada, pretende compreender como as experiências dos enfermeiros obstetras influenciam o cuidado das famílias/mulheres submetidas ou em risco de Mutilação Genital Feminina.

Assegura-se a confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional. A entrevista será transcrita e anonimizada. Estes dados serão armazenados em local seguro e apenas a investigadora e os respetivos orientadores a eles terão acesso. Toda a informação recolhida e tratada será mantida confidencial, através da utilização de códigos para guardar as entrevistas (em formato transcrito). O seu tratamento terá apenas a finalidade decorrente deste estudo, não será utilizado para qualquer outro fim. Excertos da entrevista podem ser publicados em produções científicas decorrentes deste estudo (teses, artigos científicos, entre outros), mas não serão utilizadas informações que possibilitem a sua identificação, de forma a garantir o anonimato. A sua participação é voluntária, pelo que pode interromper a sua colaboração no estudo ou remover o seu consentimento a qualquer momento.

Esta entrevista é composta por questões de resposta fechada e aberta. Cada entrevista será feita respeitando o ritmo do participante podendo ser interrompida a qualquer momento e retomada quando for considerado adequado. Não são espectáveis desvantagens ou riscos relevantes associados à sua participação. Portanto:

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.
- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.
- Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Para qualquer esclarecimento adicional envie email para: jcosta@campus.esel.pt
(Aluna do Mestrado Joana Costa).

Muito obrigada pela sua autorização e participação neste estudo académico.

Declaro ter lido e compreendido o objetivo do estudo, bem como as informações que me foram fornecidas pelo investigador principal. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Autorizo a utilização e divulgação dos dados fornecidos para fins académicos e de investigação.

☐ Declaro que li e tomei conhecimento do objetivo deste questionário. Autorizo que os dados fornecidos sejam utilizados para fins pedagógicos e/ou de investigação.

Data: ____/____/2024

Este estudo de investigação é composto por uma entrevista semiestruturada dirigida aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), que será realizada durante o Estágio com Relatório, nos serviços de Puerpério, Medicina Materno-fetal, Bloco de Partos e Ginecologia do Hospital Garcia de Orta, que autorizem participar no estudo de investigação.

Apêndice IV – Análise de Conteúdo

Apêndice IV – Análise de Conteúdo

Tema – Experiência dos Enfermeiros Obstetras

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
Conhecimentos relativos à MGF	Definição/ Conceito	“...consiste no corte/mutilação do órgão genital feminino (E1; E2; E5; E6) “...recorrem a objetos sem assepsia.” (E1) E2- “por razões culturais, tribais talvez.” E3 – “(...) sei que é uma prática nefasta, uma violência atual.” “pode incluir o clitóris, pequenos ou grandes lábios.” (E2; E5) E8 – “A MGF é uma violência (...) que põe em risco a saúde da mulher, física e mental.” E9 – “(...) associada a hábitos culturais e eventualmente religiosos (...) (E2; E9) é realizado ainda na infância e nos países de origem.”	13
	Prevalência	E1 – “(...) este número está mais elevado em Portugal, mas não sei números exatos (...) (E1; E5; E6;) oriunda de países africanos e já disperso por outros.” E2- “Sobre a prevalência não sei dados, mas o principal país de origem dessas mulheres é a Guiné, (E2; E4) mas há outros como o Egito...” (E2; E5) E3- “(...) taxas, números, não sei (...) sei que ainda é uma percentagem considerável(...) realizado em algumas comunidades africanas...” E4- “(...) é um ritual que é muito “normal” (...) temos uma grande prevalência de casos, nós estamos inseridos numa zona com grande comunidade guineense.” E5- “(...) nas comunidades guineenses e não só, porque a MGF não pertence só à Guiné “ E6- “(...) é mais prevalente do que aquilo que eventualmente se possa imaginar (...)” E7- “(...) não tenho bem a noção da prevalência em Portugal (...), mas também com prevalência noutros países africanos.” E8 – “(...) sei que somos um país de risco (...) recebemos população migrante, portanto de zonas de alto risco.” E9- “(...) prevalece na atualidade, em Portugal, principalmente vindo de países africanos.” E10- “É uma prática que “supostamente” não existe me Portugal (...) vem de outros países (...) têm vindo a aumentar o número de casos (...) os profissionais estão mais despertos (...) e são realizados mais registos de casos.”	15

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
	Identificação e classificação dos tipos	E1- "(...) é difícil identificar, já nos passaram muitos casos sem nos apercebemos (...), mas estou atenta aos sobrenomes das mulheres sugestivos da comunidade guineense (...)." E2- "Não é nada fácil identificar nem saber a sua classificação, se é tipo I ou II (...)Então o tipo I é muito difícil." E3- "(...) os tipos I ou II são mais difíceis de identificar (...) (E1; E3; E5; E6) pelo que sei é feito ainda em criança, logo na mulher adulta pode ser difícil a sua identificação." E4- "Existem diferentes tipos de MGF, o tipo I penso que seja referente ao corte/mutilação do clitóris e o tipo II o corte dos pequenos lábios. (...) a infibulação é o mais grave!" E5 - "(...) os vários tipos MGF, há uns que são claramente visíveis (...) o primeiro tipo é difícil de identificar (...) o tipo II também não é fácil... casos de infibulação, o tipo III nunca vi." E6 - "(...) acho que é fácil identificar uma alteração na vulva da mulher." E7 - "Se tivesse agora perante uma situação de MGF tinha de ir rever a classificação(...) chamava ajuda para o diagnóstico e reconhecimento." E8 - "(...) algumas situações não são fáceis de identificar, quando são feitas muito cedo na infância, quando é o tipo 1 (...)porque às vezes a mucosa com uma alteração a nível da coloração." E9 - "Não é fácil classificar nem identificar a MGF (...) já reconheci, mas tenho sempre alguma dúvida (...) não estamos muito familiarizadas com a MGF." E10 - "Sei que existem diferentes tipos: o I, II e III. O primeiro refere-se ao corte do clitóris, o II ao dos pequenos lábios e/ou grandes e o III o mais grave a infibulação (...) Não é fácil identificar (...) percebo que existe uma alteração na vulva/genitália."	12
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
COMUNICAÇÃO	Dificuldade abordar mulher e/ou parceiro	E1- "(...) a maior preocupação, lidar com a mulher/parceiro nesta situação, como abordar. Tenho dificuldade naquele momento tão específico do parto..." E2- "Para mim é a abordagem à mulher. O mais difícil é falarmos com elas neste momento em específico, durante o parto ou TP." E3- "Nas situações que tive de cuidar da mulher com MGF, foi difícil para mim abordar e questioná-las." E4- "Não, não abordei. Não me senti confortável em abordar a mulher." E9- "(...) é difícil conversar com elas."	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
		E10- "(...) torna-se difícil a abordagem à mulher (...) temos de ter em conta uma abordagem culturalmente respeitosa..."	6
	Barreira linguística / cultural	E2- "(...) nem sempre consigo por razões culturais (...) que as mulheres expressem os seus sentimentos/dúvidas." E3- "(...) são culturas muito fechadas (...) são muito introvertidas, muito pela barreira linguística e cultural." E8 - "(...) que a barreira cultural não fosse tão grande." E10 - "(...) pela sua barreira cultural e linguística nem sempre é fácil chegar até elas, estabelecer uma relação terapêutica... por vezes é muito difícil."	4
	Recusa da mulher/ companheiro em falar	E1- "(...) é muito difícil aceder a estas mulheres, são muito fechadas. É difícil que elas falem connosco..." E2- "(...) por vezes os companheiros ficam muito nervosos e recusam-se a falar do tema." E3- "(...) em ambas as situações as mulheres não queriam falar. Uma delas não confirmou, negou." E5- "(...) há situações que não falam (...) por medo." E9 - "Algumas mulheres não assumem (...) escondem, ficam mais ansiosas durante a observação no TP (...) negam por receio."	5
RELAÇÃO EMPÁTICA	Adequação da linguagem	E1 - "(...) aquelas palavras específicas como "cerimónia" ou "fanado" (...) não podemos perguntar se foi mutilada!" E2- "(...) uma linguagem acessível (...) perguntar à senhora se foi submetida ao "corte" / "cerimónia..." E7- "(...) Já saberia que "termos" utilizar (...) corte ou fanado." E8 - "(...) pergunto sempre às pessoas e tento utilizar palavras que elas reconhecem como corte, fanado ou cerimónia, não pergunto se foi mutilada..."	4
	Aceitação (capacidade de não julgar)	E1 - "(...) apresentar um cuidado diferenciado (...) são cuidadas e acolhidas (...) nós estamos disponíveis para as apoiar e ouvir..." E2- "(...) a mulher foi vítima de uma violência (...) quero que ela se sinta acolhida." E3- "(...) eu não tenho como cuidar mais, é um tempo muito curto..." E5 - "Disponibilizo-me para as ouvir, por vezes elas contam-me as suas histórias." E7 - "(...) estava ali a cuidar dela como um todo, tendo em conta as suas necessidades naquele momento enquanto puérpera (...) eu olhei-a muito mais além do que a situação da MGF."	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
		E8 – “(...) Estamos no puerpério e a mulher precisa de ser cuidada, protegida, acarinhada, não se pode sentir acusada (...) eu gostava de ir mais além (...) ter cuidados culturalmente mais profundos e eticamente mais ajustados a estas pessoas/famílias!” E9 – “Sensibilidade na abordagem e no cuidado da mulher, porque são mulheres que estão traumatizadas...” E10 – “A nível cultural, os cuidados depois com o bebé, o pós-parto, a parte psicológica destas mulheres, para além da parte física.”	8
CONTINUIDADE DE CUIDADOS	Referenciação / Sinalização	E1 – “(...) fez -se o registo na plataforma, a respetiva sinalização é feita corretamente. Logo parece haver um aumento dos casos, mas talvez haja apenas uma melhor sinalização dos mesmos!” E2 – “O meu papel, passa pela identificação e sinalização!” E3 – “(...)a relevância neste contexto é a sinalização, de forma correta, em sistema próprio.” E4- “(...) primeiro eu tenho de saber reconhecer que estou perante uma mulher com MGF para fazer a respetiva sinalização.” E5 – “(...) fizemos a identificação e a respetiva sinalização (...)é fundamental a sinalização aqui neste contexto de BP.” E7 - “(...) não é assim tão frequente (...) relembrar como se deve fazer a sinalização.” E8- “(...) sabemos como agir, como referenciar (...) ou seja essa parte mais técnica é suprida...” E9 – “Fazer a referenciação, o registo em RSE (...) tanto para identificação (...) como na referenciação, sinalização de RN do sexo feminino.”	8
	Falta de conhecimentos	E1- (...) até houve uma situação, ou mais vezes talvez, mas esta foi comigo, que foi para o internamento (Puerpério) e ninguém no Bloco de Partos identificou...” E4- “(...) Tive uma situação, mas não fui eu que reconheci...” E5- “(...) era o terceiro parto (...) e nunca tinham percebido que ela era mutilada, não estava sinalizada.” E6- “(...) na minha prática (...) não identifiquei nenhum caso...” E7- “(...) passou completamente despercebida (...) ocorreu no puerpério (...) estava mais focada na zona da fúrcula (...) onde tinha a laceração provocada pelo parto e realmente não me apercebi que não apresentava o clitóris (...)”	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
		E8- "(...) até podíamos pensar vem do bloco de partos já viram (...) nós voltamos a ver (...) já temos identificado situações de MGF que não estavam sinalizadas." E10 – "É assustador, pensar como não vi (...) realmente ela ia dando sinais, fechava mais as pernas, ficava ansiosa à observação (...) "	7
	Articulação com a Comunidade	E1 – "(...) o primeiro e o único contato com sistema de saúde, algumas mulheres que vem diretamente dos países para cá ter os seus filhos." E5- "(...) devíamos trabalhar na comunidade com estas famílias." E10 – "(...) não tenho o feedback, não sei o que elas sentiram com o meu cuidado (...) Gostava de saber de que forma esta família é acompanhada na comunidade." E8 – "(...) no contexto de puerpério é muito difícil (...) o principal trabalho a este nível deveria ser feito na comunidade, para perceber como é esta família (...) porque perde-se essa informação..."	4
	Enfermeiro de referência	E1 – "(...)Tive dúvidas na altura (...), mas estava cá a colega de referência." E3- "(...) temos um enfermeiro responsável no serviço, específico para a questão da MGF, e que podemos referenciar a esse profissional." E6- "(...) também recorremos sempre (...) a quem tenha mais experiência na área. Existem 2 elementos com formação avançada na área aqui no serviço."	3
CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS	Práticas culturais: Violência/normalidade	E1 – "(...) ligado a práticas religiosas/culturais." E2 – "Esta violência está tão enraizada nesta cultura... que nem sempre conseguimos abordar o tema (...) não é num período tão curto que se consegue mudar uma mentalidade..." E2- "(...) eu achava que esta violência pouco existia em Portugal." E3- "a experiência que eu tenho é que (...) são mulheres de origem guineense (...) uma questão multicultural (...) até que ponto é que nós podemos ou devemos intervir nestas situações." E4- "(...) era interessante saber a perspetiva das pessoas que o fazem! O porquê de o fazerem (...) trazer alguém da comunidade ao serviço para nos explicar, numa troca de ideias e conhecimentos E6 – "(...) não é um problema só da Guiné, está presente em outras culturas e é importante saber em quais." E7 – "(...) como não é uma situação comum, nem frequente (...) não sei dizer."	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
PREVENÇÃO DA MGF		E8- "(...) eu gostava de ir mais além (...) ter cuidados culturalmente mais profundos e eticamente mais ajustados a estas pessoas/famílias!" E3- "Penso que os guineenses têm mais essa prática (...) um ritual de pertença dessa comunidade (...) É um bocadinho como um cego. Se nunca viu... Nunca sentiu de outra forma." E4- "Às vezes as situações de MGF ocorrem mesmo aqui em Portugal, as mutilações são realizadas aqui nas comunidades." E6 - "Não é um problema da religião." E7 - "Sim, já estou mais desperta (...) principalmente em mulheres de raça negra." E8 - "(...) tive várias experiências, mas choca-me sempre a normalidade aparente, a forma como elas aceitam sem critica..." E9 - "São situações recorrentes, mas não interferem com o TP ou o nascimento do bebé (...)"	14
	Desinteresse dos profissionais	E3- "(...)eu não vou mudar aquela prática (...) não tenho ilusão nem a pretensão tão pouco que o consigo fazer (...) tento ser prática..." E5 - "Nós não vamos resolver nada, é de acordo com a vontade delas..."	2
	Preocupação com o nascimento de RN de sexo feminino	E1- "Outra preocupação é sobre aquele bebé que está a nascer! (...) se esta violência vai continuar na geração seguinte (...) quando nasce um RN do sexo feminino." E2- "(...) torna-se mais difícil se for uma menina (...) depois temos de informar que vamos fazer a sinalização e que vamos estar atentos (...)" E3- "(...) em termos de cuidados obstétricos e saúde materna, aquilo que nós podemos fazer é prevenir o futuro dos bebés... das meninas!" E4- "(...) ela já tem a MGF é algo que não posso mudar, mas na perspetiva de as filhas não terem que passar por isto... numa perspetiva de eliminação na geração futura!" E5 - "(...) se tiverem filhas (...) pensar no futuro das filhas." E8- "(...) proteger a saúde destas meninas que vão nascer." E9 - "(...) para não recorrer a esta violência no recém-nascido do sexo feminino que nasceu."	7
	Incluir o parceiro/companheiro	E5- "(...) é importante tentar falar também com o parceiro! Eles nem sempre estão presentes no parto, mas seria importante que fossem incluídos nessa mudança de atitude..." E7 - "(...) abordaria também o companheiro da mulher (...) no caso do nascimento de um bebé do	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
		sexo feminino para não realizar este tipo de violência na filha." E8 – "(...) perceber que tipo de relação esta pessoa tem com o seu parceiro, para ver se se não se encontra anulada, violentada." E9 – "(...) motivar a mulher e o companheiro (...) para não prevalecer com esta violência na sua filha."	4
DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS	Diagnóstico/ identificação dos tipos de MGF	E1- "Não, é difícil, já nos passaram muitos casos sem nos apercebemos (...) principalmente nos tipos I (...) podes estar atenta à situação clínica da mulher (no decurso do parto/complicação maternas ou fetais, desenvolvimento do TP) e pode passar despercebido que estas perante um caso de MGF. E2- "Pela minha experiência é difícil (...) não é nada fácil de identificar (...) quando observamos os "desenhos" nos artigos e livros é muito óbvio a alteração na vulva, mas na prática é difícil... é feito em criança e depois quando observamos na mulher adulta há muitas dúvidas na identificação." E3 – "Não é fácil, os mais exuberantes sim (...) há ali qualquer coisa que não está bem na vulva..." E4- "(...) o tipo I e II é difícil de identificar, por vezes são quase impercetíveis (...)principalmente quando a mulher está em TP que altera aquelas estruturas todas." E7- "(...)só presenciei uma situação, e que me passou completamente despercebida, num primeiro contato com a mulher..." E8 – "(...) no tipo 1 tenho dificuldades em identificar..." E10 – "(...)estava com a colega no TP e não conseguimos identificar que era uma situação de MGF."	7
	Desconforto no Cuidar	E1 – "(...) normalmente sinto-me desconfortável (...)não se deixam observar, verbalizam os toques como muito dolorosos, sentem algum receio dos profissionais de saúde... isso tudo não ajuda a meu ver no desenvolvimento do TP..." E4 – "(...) como enfermeira e mulher é difícil lidar com esta situação." E8 – "(...) como se fosse uma lavagem cerebral... e essa parte choca-me! Porque não põem em causa o que lhes foi feito e procuram replicar os rituais nas suas filhas (...) emocionalmente, nessa parte eu não estou preparada para lidar..."	3

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
	Internamento curto	E1- "(...) é difícil em tão pouco tempo estabelecer uma relação de confiança." E2- "(...) É um período muito curto para estabelecer uma relação de confiança." E3- "(...) é um contexto muito rápido, a nossa prestação de cuidados é num período muito curto (...) Não é com uma relação estabelecida de horas (...) ninguém se abre (...) é preciso ter uma relação, uma ligação..." E6- "No bloco de partos o cuidar é difícil pelo curto de tempo que a mulher/família aqui permanece." E8 - "Aqui é muito pouco tempo." E10- "(...) aqui neste contexto tão rápido, de um parto, às vezes é difícil..."	6

Tema: Sugestões dos Enfermeiros Obstetras

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE	Enfermeiro de ligação com a comunidade	E1- "Seria importante um elo de ligação com a comunidade ou com os cuidados de saúde primários, porque nós temos um período de internamento muito curto." E4- "(...) um enfermeiro de ligação com a pessoa da comunidade." E10 - "(...) o elo de ligação connosco enquanto colegas e com as mulheres/ família na comunidade."	3
	Envolver grupos de risco	E1 - "(...)é importante falar e agir junto destas comunidades, desde a escola até aos cuidados de saúde primários." E3 - "era importante fazer mais ações de sensibilização na comunidade (...) é um tema pouco falado, muito escondido (...) não vê nada que entre pelas pessoas adentro..." E7 - "(...) fazer prevenção e educação para a saúde." E8 - "(...) o principal trabalho a este nível deveria ser feito na comunidade, para perceber como é esta família." E10 - "(...) haver um seguimento posterior desta família, um cuidado realmente individualizado." E1 - "(...) também o RN do sexo masculino (...) O nosso foco também deveria ser na educação e na sensibilização das gerações futuras." E8- "(...) eles podem fazer parte da mudança, para que eles não aceitem (...) "	7

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
	Cuidados de saúde primários / saúde escolar	E5 – “(...) a sensibilização das mulheres nas consultas de vigilância da gravidez por exemplo.” E1- “No CS a observação do genital nem sempre é realizada, não se faz por norma. Só quando se faz uma citologia, se não tiver atualizada...” E5- “(...) os centros de saúde, que fazem a saúde escolar, identificarem as meninas que são guineenses ou de outros países considerados de risco, que vão passar férias aos países de origem (...)” E8 – “(...) na saúde escolar a sensibilização nas escolas, para que este tema seja falado e direcionado tanto para as meninas como para os meninos (...)”	4
FORMAÇÃO	Cursos de Licenciatura e cursos de especialidade em Enfermagem	E2 – “Eu só fiquei desperta depois de ter feito a pós-graduação sobre a temática da MGF.” E5- “(...) os enfermeiros na sua formação de base, ou na especialidade terem formação adicional sobre a MGF.” E6 – “(...) incluir mais a temática da MGF nas escolas, nos alunos de enfermagem.” E10 – “(...) os colegas que estão mais dedicados a esta temática terem uma competência acrescida!” E1 – “(...) este número está mais elevado em Portugal. Mas não sei números exatos (...), mas talvez haja apenas uma melhor sinalização dos mesmos!” E5- “(...) discutir os casos e planejar alguma divulgação dos dados.” E6- “(...) não sei dados (...) o número de casos tem vindo a aumentar.” E8 – “(...) poderíamos ter números, mais exatos (...) porque perde-se essa informação...”	8
	Formação em serviço	E1- “(...) muito importante a formação em serviço e rever conceitos (...) abordar os tipos de MGF em equipa, as plataformas que existem para a sinalização.” E2 – “É sempre importante (...) formações em serviço (...) é um tipo de violência, temos de estar despertos (...) depois existe ali uma fase posterior, em que se observa um aumento das sinalizações.” E3- “(...) é um tema interessante para ser falado e partilhado, discutido em equipa.” E4- “É sempre bom ter formação na área.” E5 – “(...) a formação em serviço é o mais oportuno e será o melhor para todos.” E6- “(...) em equipa, nos serviços falar sobre a MGF, formações em serviço.”	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	U REGISTO	F
		E7 – “(...) a formação em serviço é sempre uma mais-valia (...) devemos atuar todos do mesmo modo, tanto no diagnóstico como no encaminhamento.” E9 – “(...) sempre que surgem elementos novos no serviço devemos reforçar a formação!”	8
	População e meios de comunicação à comunidade	E3- “(...) não vê em anúncios, cartazes, publicidade o tema da MGF! (...) que não se fala no geral na comunidade, nas escolas, na TV...” E5- “(...) a população em geral, os professores, terem formação (...) fiquem alerta pela ausência da criança.” E7 – “(...) informação afixada no serviço sobre a temática da MGF, para consulta rápida e também para informação para as grávidas e famílias.”	3

**Apêndice V –Póster *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família
com Mutilação Genital Feminina***

Apêndice V –Póster A *Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina*



MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA

Costa, J. ⁽¹⁾; Presado, H. ⁽²⁾
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

(1) Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESEL
(2) Professora Adjunta da ESEL

Introdução

A Mutilação Genital Feminina (MGF) surge como uma prática cultural e com especial incidência na África, Ásia, América Central e do Sul. Esta realidade é vista como um ritual de passagem para a idade adulta, sendo reconhecida socialmente e no meio familiar como um padrão de honra.^{2,7}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que mais de 140 milhões de mulheres foram sujeitas a MGF e cerca de 3 milhões estão em risco a nível Mundial.¹ Como resultado da imigração internacional de comunidades provenientes da Guiné-Bissau, Portugal torna-se um país de risco para esta prática (DGS, 2021). De acordo com a DGS (2023) foram registados 223 casos de MGF entre janeiro e dezembro de 2023 só na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Objetivos:

- Identificar as mulheres em risco de MGF;
- Reconhecer e classificar os tipos de MGF;
- Sinalizar e registar as mulheres /crianças com MGF em sistema próprio;

Metodologia

Revisão da literatura e pesquisa em websites de organizações nacionais e internacionais.

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA⁵



TIPO I – Clitoridectomia.
Remoção parcial ou total do clitóris.



TIPO II – Excisão.
Remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios.



TIPO III – Infibulação.
Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e a posição dos pequenos lábios e/ou dos grandes com ou sem excisão do clitóris.

TIPO IV – Inclassificável.
Outras intervenções nefastas como a punção, perfuração, incisão, escarificação e cauterização.

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA PREVENÇÃO E NO CUIDAR DA MULHER/FAMÍLIA^{3,4,6,7}

Reconhecer a MGF como uma problemática atual ;

Realização de sessões educacionais no âmbito da MGF junto das instituições e restantes profissionais de saúde;

Não tratar a mulher como vítima, utilizar termo “corte” ou “fanado”, respeito pelas crenças e valores culturais ;

Reconhecer os diferentes tipos de MGF e as suas complicações;

Prevenir as complicações físicas, psicológicas, sexuais e sociais da MGF através do empoderamento da mulher e família;

Referenciação e sinalização do recém-nascido, crianças e jovens em risco ;

Incluir os parceiros das mulheres vítimas de MGF nos cuidados e na prevenção;

Aconselhamento pré -natal e promover a continuidade de cuidados destas famílias ;

Formação especializada no âmbito da saúde materno - fetal e ginecológica associado à MGF;

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO

01 Diagnóstico MGF

Registo no RSE + SCLINIC- Notas Gerais

02 Sinalização Mulher

Ficha de Sinalização de violência interpessoal em adultos (EPVA) .

Enviar por correio interno para a EPVA.
(Gabinete do Enfermeiro chefe do serviço de urgência geral)

03 Sinalização RN/criança

Preencher modelo o

Enviar por correio interno para o NHACJR.
(Secretariado do serviço de urgência pediátrica ou para Sec. do serviço de pediatria)

04

Referenciar para o Serviço social

Considerações finais: A Mutilação Genital Feminina abrange toda a família, os parceiros destas mulheres devem ser incluídos nos cuidados, a evidência diz-nos que eles também podem ter complicações físicas e psicológicas, assim como podem ter um papel preventivo no sentido de evitar a continuidade desta violência nas suas filhas. O EEESMO demonstra competências para cuidar destas famílias e pode ser o elo de ligação junto das comunidades em risco, desempenhando um papel importante na eliminação e prevenção da MGF.

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Mutilação genital feminina (MGF). Disponível em: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>. Acesso em: 10/05/2023.

2. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Mutilação genital feminina (MGF). Disponível em: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>. Acesso em: 10/05/2023.

3. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Mutilação genital feminina (MGF). Disponível em: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>. Acesso em: 10/05/2023.

4. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Mutilação genital feminina (MGF). Disponível em: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>. Acesso em: 10/05/2023.

5. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Mutilação genital feminina (MGF). Disponível em: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>. Acesso em: 10/05/2023.

6. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Mutilação genital feminina (MGF). Disponível em: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>. Acesso em: 10/05/2023.

7. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Mutilação genital feminina (MGF). Disponível em: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>. Acesso em: 10/05/2023.

Apêndice VI – E-book/Manual de Referenciação Mutilação Genital Feminina

Apêndice VI – E-book/Manual de Referência Mutilação Genital Feminina



#477194848

Tolerância zero

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que mais de 200 milhões de mulheres foram submetidas a Mutilação Genital Feminina (MGF) e cerca de 3 milhões estão em risco a nível mundial.

Esta prática cultural tem especial incidência em África, Ásia, América Central e do Sul, mas devido à migração internacional já se encontra dispersa por todo o mundo.

Os Enfermeiros Obstetras desempenham um papel importante na eliminação da prática da Mutilação Genital Feminina através da identificação e sinalização, mas também a nível da prevenção, evitando que as comunidades em risco recorram à MGF.

As mulheres e as crianças em risco procuram os cuidados de saúde ao longo do seu ciclo de vida.

Discente
Joana Catarina Costa

Docente Orientadora
Professora Helena Presado

OBJETIVOS

- Refletir sobre a temática da Mutilação Genital Feminina;
- Identificar precocemente as mulheres/crianças em risco de MGF;
- Reconhecer e classificar os tipos de MGF;
- Sinalizar e registar em sistema próprio os casos de MGF ou em risco.

Mutilação Genital Feminina

Portugal foi considerado um país de risco, dado o seu perfil de imigração, no que diz respeito à Mutilação Genital Feminina (DGS, 2022).

Registaram-se 223 casos de MGF na região de Lisboa e Vale do Tejo, entre período de janeiro a dezembro de 2023 (DGS, 2023).



04

Prevalência da MGF a nível Mundial



Este risco prende-se essencialmente com a prática em comunidades imigrantes oriundas da África Subsaariana, especialmente da Guiné-Bissau, Senegal, Guiné-Conacri (DGS, 2023).

05

Mutilação Genital Feminina



A Mutilação Genital Feminina é vista como um ritual de passagem para a idade adulta, sendo reconhecida socialmente e no meio familiar como um padrão de honra.

06



É reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos das mulheres, adolescentes e crianças (OMS, 2018).

07

Enquadramento Teórico

Mutilação Genital Feminina

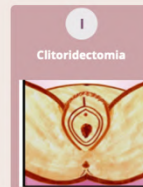


É definida pelo corte dos genitais femininos e diz respeito a todos os procedimentos que levam à remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos ou a qualquer outro dano provocado por razões não médicas (UNPFA, 2019).

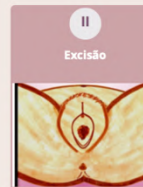
09

Enquadramento Teórico

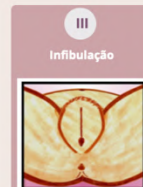
Mutilação Genital Feminina



Remoção parcial ou total do clitóris.



Remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios



Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes com ou sem excisão do clitóris.

IV Inclassificável

Outras intervenções nefastas como a punção, perfuração, incisão.

09

OMS, 2016

Complicações da MGF

IMEDIATAS



Dor exacerbada; hemorragia; lesões nos tecidos adjacentes; infecção; choque hipovolêmico.

CRÔNICAS



Incontinência urinária; infecção do trato urinário; infertilidade; alterações nefastas no parto; vaginismo e dispareunia

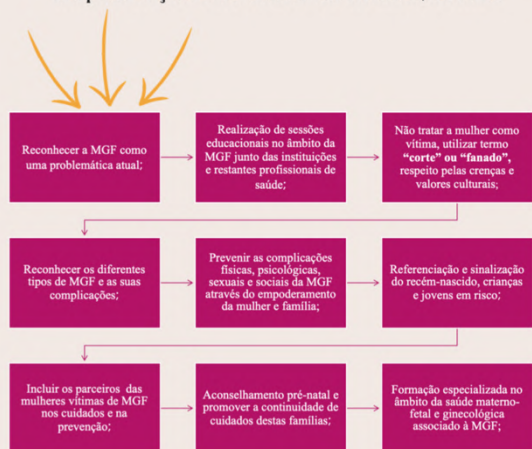
PSICOSSOCIAIS



Ansiedade; stress pós-traumático; depressão; alteração da auto-imagem.

Intervenção

na prevenção e no cuidar da mulher/família



(Bajada2022; Boisen2021; Dawson2015; Ogursi2016; Turkman2018)

Fluxograma de atuação



Sinalização

SINALIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ADULTOS

A. PREVENIR PELA EPVA Nº EPVA: _____
 Nº Expediente EPVA: _____

Enviar por correio interno, em envelope selado, dirigido à Equipe para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), Remetente para o Gabinete de Enfermagem-Chefe do Serviço de Urgência Geral

1. DADOS
 Nome do doente: _____ Nome da doente: _____

2. PROVENIÊNCIA DA SINALIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA
 - Urgência Geral: ☐
 - Urgência Ginecológica e Obstétrica: ☐
 - Consultas: ☐ (identificar) ☐ (identificar)
 - Internamento: ☐ (identificar) ☐ (identificar)

3. QUEM IDENTIFICA A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
 - Cópia impressa: ☐
 - Hospital: ☐
 - Unidade de Saúde (ACES): ☐ (identificar) ☐ (identificar)
 - Família: ☐ (identificar) ☐ (identificar)
 - Violência Institucional: ☐ (identificar) ☐ (identificar)

4. VULNERABILIDADE PARTICULAR
 - Grávida: ☐ - Pré-eclâmpsia: ☐ - Dependente Particular: ☐ - Dependente Morbimorta: ☐
 - Dependente Económico: ☐ - Que violação (dependência) represente dependência e violação: ☐ - Alérgico: ☐
 - Outros: ☐ (identificar) _____

5. AGRESSÃO FAMILIAR (COM QUEM VIVE)
 Nome: _____ Idade: _____ Relação Parentesco: _____
 Nome: _____ Idade: _____ Relação Parentesco: _____
 Nome: _____ Idade: _____ Relação Parentesco: _____
 Nome: _____ Idade: _____ Relação Parentesco: _____

6. ANTECEDENTES PESSOAIS
 6.1. Do Vírus
 - Patologia Previável: ☐ (identificar) _____
 - Abuso / Dependência: ☐ (identificar) _____
 - Álcool: ☐ (identificar) _____
 - Drogas: ☐ (identificar) _____
 - Psiquiátricas: ☐ (identificar) _____
 - Outras: ☐ (identificar) _____
 6.2. Da Gestação
 - Patologia Previável: ☐ (identificar) _____
 - Abuso / Dependência: ☐ (identificar) _____
 - Álcool: ☐ (identificar) _____
 - Drogas: ☐ (identificar) _____
 - Psiquiátricas: ☐ (identificar) _____
 - Outras: ☐ (identificar) _____

Sinalização

SINALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

VINHETA DO DOENTE

Enviar por correio interno, em envelope selado, dirigido ao Núcleo Municipal de Apoio à Criança

1. ORIGEM DA SINALIZAÇÃO

☐ Ugebia

☐ Comissão (especificar):

☐ CDC

☐ Paupério

☐ Pediatría Médica e Cirúrgica

☐ UGIN / UCP

2. CENTRO DE SAÚDE

Centro de Saúde:

Médico assistente:

3. MORADA ATUAL (SE DIFERENTE DA ETIQUETA)

4. COM QUEM VIVE A CRIANÇA:

5. ACOMPANHANTE

Nome:

Contacto:

6. MÃE

Nome:

Contacto:

7. PAI

Nome:

Contacto:

8. ANTECEDENTES FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

☐ Doença pré-natal

☐ Abortos

☐ Toxicod Dependência

☐ Violência doméstica

☐ Outros:



"Durante toda a minha vida, tentei encontrar uma justificação para a minha excisão. Se existisse uma boa razão, talvez pudesse aceitar o que me fizeram. Mas não descobri nenhuma."

Waris Dirie e Cathleen Miller, Flor do Deserto – da Somália até ao Mundo da Moda

O **Enfermeiro Obstetra** demonstra competências para cuidar destas famílias e pode ser o elo de ligação junto das comunidades em risco, desempenhando um papel importante na eliminação e prevenção da **Mutilação Genital Feminina**.

Joana Catarina Costa
E: jcosta@campus.esel.pt

Lisboa, 2024



Bibliografia

- Boisen, C., Gilmore, N., Wahlberg, A., & Lundborg, L. (2021). "Some women are proud of their experience and I have to respect that": An interview-study about midwives' experiences in caring for infibulated women during childbirth in Sweden. *Journal of Primary Health Care*, 13(4), 334–339. <https://doi.org/10.1071/H221118>
- Bajada, M., & Spitzer, G. (2022). Midwives' experiences of providing intrapartum care to women with female genital mutilation. *MIDIRS Midwifery Digest*, 32(2), 201–207. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=csm&AN=158841024&lang=pt&site=ehost-live>
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género [CIG] (2017). Relatório Intercalar de execução do III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina - 2016. Lisboa: CIG. Acesso em: 05/01/2025. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/plenos-nacionais-areas/mutilacao-genital-feminina/>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2021). Orientação 008/2021 de 30/06/2021. Mutilação Genital Feminina. [Internet]. Lisboa: DGS. Available from: <https://www.dgs.gov.pt/web-content/uploads/2021/10/Orientacao-da-Direcao-Geral-da-Saude-sobre-MGF.pdf>
- DGS, & SPMS. (2023). Mutilação Genital Feminina- Análise de casos registados na PDS/RSE-PP 2023. [Internet]. Available from: <https://www.dgs.gov.pt/ficheiros-de-upload-2013/boletim-mgf-6fev2023-pdf.aspx>
- Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. [Internet]. *Women and Birth*, 28(3), 207–214. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01>
- González-Timoneda, A., Ruiz Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: Are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- Oguniji, O. (2016). Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/mutilation. *Health Care For Women International*, 37(10), 1156–1169. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1215462>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009). Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração conjunta OHC-HR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, AONUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (edição em português) http://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/eliminacao_mgf_declaracao.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009). Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos currículos de Profissionais de Saúde. Manual de Formação (edição em português, revista e adaptada). APF.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/managementhealth-complications-fgm/en/>
- Turkmani, S., Homer, C., Varol, N., & Dawson, A. (2018). A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation. *Women and Birth*, 31(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.009>
- Reig-Alcaraz, M., Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2016). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 245–260. <https://doi.org/10.1111/jan.12823>
- UEFGM (2017). Informação básica sobre a Mutilação Genital Feminina. Acesso a 5 de abril de 2020. Disponível em: <https://uefgm.org/index.php/what-is-fgm/?lang=pt>
- UNICEF. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.

Imagens: <https://www.freepikcompany.com>

Apêndice VII – E-book Cuidados ao Recém-Nascido



CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

JOANA COSTA

*Âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório
Contexto Cuidados de Saúde Primários*



CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Os nove meses de gravidez, ao longo dos quais cuidou do seu bebé cuidando de si mesma, foram decisivos para a vossa vinculação.

Os bebés precisam de contato pele a pele, de sentir o calor do seu corpo, tenha-o junto a si para que continue a ouvir o seu batimento cardíaco, como no útero.

O colo não vicia, os bebés não vão ficar “mal habituados”, acolha o seu choro, o 4º trimestre é desafiante para ambos.

Coloque à disposição dele sons doces, ternas carícias e aromas calmantes.

o 4º trimestre

SITUAÇÕES QUE PODEM SURTIR E QUE SÃO HABITUAIS:



- É normal o bebé perder peso nos primeiros dias, recuperando o peso de nascença aproximadamente ao 15º dia de vida;
- Os soluços são frequentes na maioria dos bebés. Podem surgir no final da amamentação pela dilatação do estômago e cedem espontaneamente;
- Durante os primeiros dias de vida, os recém-nascidos podem ter uma urina alaranjada ou avermelhada, devido à presença de cristais de urato;
- As meninas podem ter uma secreção vaginal de cor branca ou mesmo sanguinolenta, o que é normal e desaparece em alguns dias;

CONTINUAÇÃO...



-Os meninos têm a fimose fisiológica (prepúcio cobre totalmente a glande), o que é normal, podendo manter-se até aos 6-8 anos. Não deve fazer retração do prepúcio pois é uma manobra agressiva e prejudicial;

- A icterícia ou coloração amarela da pele do recém-nascido geralmente não é grave, mas, se após a alta o bebé ficar muito amarelo atingindo os membros inferiores, deverá contactar o médico;

- As cólicas do 1º trimestre do lactente, ou choro vigoroso intermitente e inconsolável sem causa aparente é uma situação comum que surge após a 3ª semana de vida e pode manter-se até ao 3º ou 4º mês. Ajude o seu bebé colocando-o ao colo, de barriga para baixo, fazendo uma leve pressão sobre o abdómen. A massagem do abdómen no sentido dos ponteiros do relógio e a flexão das pernas sobre o abdómen são manobras que também aliviam o bebé;

- A regurgitação, ou seja, o bolçar é comum na maior parte dos bebés.



CUIDADOS NO BANHO



O banho do bebé é sempre um acontecimento importante! Proporciona conforto e troca de afetos entre os pais e o bebé. Pode dar banhos diários ou em dias alternados ao seu bebé, a qualquer hora do dia.



CUIDADOS NO BANHO

CONTINUAÇÃO...

- Prepare **antecipadamente** os acessórios e a roupa que vai usar, removendo as etiquetas (abra previamente os botões ou molas) e colocando a roupa pela ordem em que vai ser vestida;
- Certifique-se que o local está à **temperatura agradável** (22 a 25° C);
- Na banheira deite **em primeiro lugar a água fria** e depois a **água quente**, até cerca de 3/4 dedos de altura;
- Verifique a temperatura da água com o cotovelo, com a face interna do pulso ou com um termómetro (36 a 37° C);
- Utilize produtos com **pH neutro**, preferencialmente sem perfumes;
- Coloque o seu braço por trás das costas do bebé e segure-lhe o braço com a sua mão;
- Com a mão livre, lave **primeiro a face e a cabeça**, depois o corpo, e por último as nádegas.

Após o banho



- Seque o bebé sem o esfregar, com especial cuidado nas pregas;
- Seque o coto umbilical, primeiro junto à pele e por último próximo da mola que aperta o cordão;
- Mantenha o coto umbilical sempre fora da fralda para o manter seco;
- Se o coto umbilical tiver secreções deve limpar com uma compressa esterilizada e soro fisiológico, secando posteriormente com uma compressa seca;
- Pode limar ou cortar as unhas com uma tesoura própria;
- Limpe as orelhas com uma toalha fina e não use cotonetes, pois a cera dos ouvidos é uma proteção natural.



PROCEDIMENTOS APÓS O NASCIMENTO

- Se o seu bebé não fez o "teste do pezinho" na maternidade, leve-o ao centro de saúde entre o 3º e o 6º dia;
- O peso deve ser vigiado semanalmente até ao 1º mês;
- A **primeira consulta** deve ser agendada até aos 28 dias de vida, preferencialmente até ao 10º dia;
- As consultas seguintes são agendadas de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil no 1º ano de vida (1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses);
- Proceda à **vacinação do seu bebé** para o proteger de infeções graves (na maternidade já faz a primeira dose de hepatite B), aos 2 meses irá dar continuidade às restantes vacinas do Programa Nacional de Vacinação (PNV).



TRANSPORTE EM SEGURANÇA

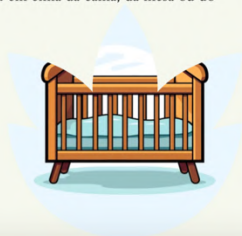
- Transporte o bebé numa cadeira própria a partir do momento em que sai da maternidade;
 - No carro use uma cadeira homologada, voltada de costas para o sentido do trânsito (até aos 3-4 anos de idade), corretamente instalada e fixa com os cintos de segurança ou o sistema ISOFIX, de preferência nos lugares de trás e nunca num lugar com airbag frontal ativo.
- *No primeiro mês o bebé pode sair de casa, mas deve protegê-lo do frio, do calor intenso, da chuva e do vento. Evite ambientes com muitas pessoas, demasiado ruído e fumo de tabaco. Este último fator é um grande responsável pelo desenvolvimento de doenças respiratórias, otites, alergias e síndrome de morte súbita.





CUIDADOS EM CASA

- Deite o bebé sempre de costas, numa cama própria, com grades protetoras, com um colchão firme e adaptado ao tamanho da cama, sem almofada;
- Coloque o bebé de forma que os pés toquem no fundo da cama, evitando que a roupa cubra a cabeça, deixando os braços por cima da roupa;
- Na cama do bebé evite colocar brinquedos, almofadas, laços, fitas ou fios, pelo risco de engasgamento;
- O quarto deve estar a uma temperatura amena, por volta dos 20° C, não colocando fontes de calor junto à cama do bebé, para prevenir o aquecimento excessivo;
- Nunca deixe o bebé sozinho no banho ou em cima da cama, da mesa ou do sofá, sem proteções;



RECORRA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA SE O BEBÉ APRESENTAR:

- Temperatura superior a 37,5 – 38° C;
- Prostração, gemido ou choro persistente;
- Recusa em alimentar-se em duas mamadas/refeições;
- Sinais de dificuldade respiratória: adejo nasal, depressão na zona intercostal (cavinhas), unhas e lábios azulados;
- Vômitos ou fezes com sangue;
- Convulsões;
- Região à volta do cordão umbilical vermelha e com cheiro intenso;
- Manchas na pele ou nódos negros de aparecimento súbito e agravamento progressivo;
- Palidez acentuada e tom acinzentado.



Referências Bibliográficas

Brazelton, T. (2002). Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento. Mem Martins, Portugal: Terramar.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). Norma 016/2016. Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente. (9ª ed.). Lusociência.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade (7.ª ed.). Lusodidacta. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica [MCEEIP]. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos OE, Série 1, (8). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). Pregnancy childbirth postpartum and newborn care a guide for essential practice (3rd ed.). OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-ng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Imagens: <https://www.freepikcompany.com>

Apêndice VIII – E-book Saúde Mental no Pós-parto

Apêndice VIII – E-book Saúde Mental no Pós-parto



PÓS - PARTO

Joana Costa

*Âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório
Contexto Cuidados de Saúde Primários*





o início de uma nova história

Este ebook surge para vos acompanhar neste nova aventura, que é torna-se mãe e pai!

Essencialmente como um guia para promover o equilíbrio entre a mente e a descoberta desta nova fase, o pós-parto.

Como sei que pode ser desafiante e por vezes cansativo, apenas gostava de partilhar algumas estratégias para que o início da vossa história seja repleta de amor!

Não tenham receio de desfrutar deste momento, todos os vossos sentimentos são válidos.

Com carinho,
Joana Costa



Com o nascimento de um filho, renasce uma mulher!

A seguir à gravidez e ao parto, é normal sentir um misto de felicidade e de esgotamento. Disponha do tempo necessário para descansar e cuidar de si, do seu companheiro e do seu bebé.



Desfrute desta bolha de amor!



Quanto mais **descansar**, mais disponibilidade terá para **desfrutar do seu bebé!**

Dê prioridade à **vinculação com o seu bebé** e à sua **recuperação**. Inclua o seu companheiro nestes momentos de vinculação e cuidado.



Abrande e desfrute de cada momento!

Dê permissão a si mesma para “negligenciar” a limpeza da casa e as obrigações domésticas por uns tempos.

As primeiras semanas do pós-parto passam demasiado rápido.

Faça contato pele a pele com o seu bebé, sinta o seu cheiro, mantenha-o junto a si! Ele vai acalmar-se no seu colo!



Rede de apoio



Crie uma rede de apoio para a ajudar com as refeições, as limpezas e as demais obrigações, de modo a poder concentrar a sua energia em cuidar de si e do seu bebé.

Comuniquê as suas necessidades com o seu companheiro/pai do bebé. Inclua-o nos cuidados ao bebé.



O corpo precisa de tempo para se ajustar às mudanças fisiológicas e psicológicas que acontecem após o parto.



AS EMOÇÕES DA MATERNIDADE

As emoções poderão variar bastante durante as primeiras semanas após o parto.

Num minuto poderá sentir uma alegria indiscretível, ao olhar para o seu bebé e, no minuto seguinte, poderá sentir uma tristeza profunda. Talvez dê por si a chorar e a rir ao mesmo tempo, sem saber bem o porquê.



As mudanças rápidas de humor são um aspeto normal do período pós-parto.

Esta turbulência de emoções é provocada por várias alterações hormonais que se dão no nosso corpo após o parto.

BABY BLUES

O cansaço acumula-se na sequência dos horários de sono irregulares do bebé.

Esta fase de turbulência emocional designa-se por baby blues e termina normalmente dentro de 10 dias a 2 semanas após o parto.

Sugestões:

- Descanse o máximo que puder, durma quando o bebé estiver a dormir;
- Faça todas as refeições, coma diariamente alimentos frescos e nutritivos;
- Comece a praticar exercício físico, assim que for seguro fazê-lo, iniciando com caminhadas de lazer, aumentando gradualmente o seu nível de atividade;
- Aceite o apoio carinhoso da sua família e amigos;
- Comunique as suas preocupações ao seu companheiro, a amigos próximo, família ou ao seu profissional de saúde;



DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Embora cerca de 50 a 70% das mulheres sejam acometidas por breves períodos de baby blues após o nascimento dos seus filhos, a depressão pós-parto requer ajuda profissional.

Atinge cerca de 10% a 15% das mães, é mais grave e mais intensa, podendo afetar a capacidade de cuidar do bebê.

Mulheres com antecedentes de depressão são mais suscetíveis, mas este tipo de depressão pode afetar qualquer mulher, independentemente da idade ou do número de gravidezes anteriores.

A depressão pós-parto poderá ser apenas óbvia vários dias ou semanas após o parto.

A mulher poderá vivenciar sentimentos de tristeza, irritabilidade e exaustão, a ponto de ser incapaz de executar as tarefas básicas ou de cuidar do seu bebê.

Pode perder a capacidade de desfrutar de coisas que anteriormente lhe davam prazer, sente-se envolvida por sentimentos de tristeza.



DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Em casos extremos, a mulher pode sentir o impulso de magoar-se a si própria ou ao seu filho. A vergonha que sente em relação aos seus sentimentos faz com que adie a procura de ajuda.

A falta de apoio social, a par de uma necessidade irrealista de ser uma mãe perfeita, aumenta o risco de depressão pós-parto. As complicações durante a gravidez, bem como um parto prematuro, poderão também influenciar.



POR FIM..

O aspeto mais importante a reconhecer é se experienciar sentimentos profundos de tristeza, procure ajuda de um profissional de saúde.

Não hesite em pedir ajuda!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Macedo, A.F. & Pereira, A. T. (Coords) (2014). Saúde Mental Perinatal: Maternidade nem sempre rima com felicidade. Lousã: Lidel.

Matos, E. R., & Olza, I. (2020). Psicología del Posparto. Síntesis.

Néné, M.; Batista M. A.; Marques, R. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

Olza, Ibone, Fernández Lorenzo, Patricia, González Uriarte, Ana, Herrero Azorín, Francisco, Carmona Cañabate, Susanna, Gil Sanchez, Alfonso, Amado Gómez, Esperanza, & Dip, María Emilia. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 41(139), 23-35. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>

Perry, S. E.; Hockenberry, M.J.; Lowdermilk, D. L.; Wilson, D. (2017). Maternal Child Nursing Care. 6th ed., St. Louis: Elsevier.

Imagens:

- <https://www.freepikcompany.com>

Apêndice IX – Folheto informativo sobre o Desenvolvimento Fetal

Apêndice IX – Folheto informativo sobre o Desenvolvimento Fetal

28 A 32 SEMANAS

Abre e fecha os olhos em período de alerta ou durante o sono;

A pele tem uma tonalidade rosa-claro devido à gordura branca que cresce sob a pele;

Mede cerca de 40 cm e pesa cerca de 2200 gr;



32 A 37 SEMANAS

Já está em posição para nascer (cefálico);

O espaço já começa a ser limitado, restringindo movimentos fetais;

Vai ganhando peso, com aspeto arredondado;

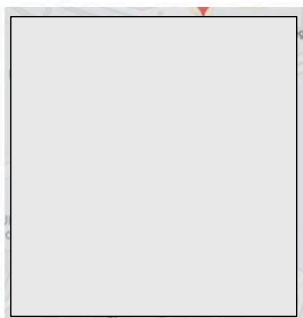


38 A 40 SEMANAS

Desce para a bacia com a cabeça firmemente encaixada;

Está pronto para nascer;

Mede cerca de 45-50 cm e pesa cerca de 3000 a 3500 gr;



Realizado por: Joana Costa -No âmbito do EC do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). **EESMO orientadora:** Enfª Cláudia Cardoso

Referências Bibliográficas:

-Graca, L. M. (2010). Medicina Materno-Fetal. 4ª ed. Lisboa: LIDEL.
-Moore, Persaud (2004). Embriologia Clínica. Elsevier Editora Ltda. - tradução da 7ª Edição Americana. ISBN: 95-932-1363-5.
-Sá (2003). Psicologia do Feto e do Bebê. (3ª ed.). Fim de Século - Edições. ISBN: 972-754-195-X
-Sadler TM (2010) - Langman: Embriologia Médica. 11ª edição. Editora Guanabara Koogan S.A.

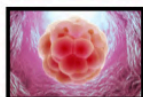
-Imagens adaptadas: <https://br.freepik.com/fotos-vetores-gratis/desenvolvimento-embriionario>

DESENVOLVIMENTO FETAL



FECUNDAÇÃO:

A junção do espermatozoide com o óvulo forma o ócito (ovo) que cresce e diferencia-se ao longo de 3 semanas dando origem ao embrião.



Fase embrionária: até às 8 semanas de gestação ocorre o crescimento e o desenvolvimento dos órgãos e dos diversos sistemas do corpo humano, pelo que é a fase mais vulnerável. **Muito importante o controlo de esforços excessivos e a suplementação vitamínica com ácido fólico o mais precoce possível, preferencialmente 2 meses antes de engravidar.**

→ Ácido fólico garante uma gravidez saudável e o bom desenvolvimento do bebé, prevenindo lesões do sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal).

Fase fetal: a partir das 8 semanas até ao final da gravidez ocorre o crescimento e o contínuo desenvolvimento dos órgãos e dos sistemas corporais.

DESENVOLVIMENTO FETAL

4 A 8 SEMANAS

O embrião começa a desenvolver o cérebro, a medula espinhal, o tronco e pequenos esboços dos membros;

O coração está completamente formado;

Mede cerca de 2,5 cm e pesa cerca de 1 a 2 gr;



8 A 12 SEMANAS

O feto adquire uma aparência humana (face, nariz e olhos);

Os membros alongam-se e inicia-se a formação do esqueleto;

Os sistemas do organismo (digestivo, respiratório e urinário) já estão formados;

O pulsar do coração já é audível através do aparelho de ultrassons;

Já faz movimentos, mas a mãe não sente;

Mede aproximadamente 30 milímetros e pesa cerca de 6 gr;

12 A 16 SEMANAS

Os genitais são agora visíveis;

Distinguem-se os dedos das mãos e dos pés;

O aparelho digestivo, respiratório e urinário começam a funcionar;

O útero sai da bacia e os contornos da barriga materna insinuam-se;

Mede cerca de 7/8 cm e pesa cerca de 30 gr;

16 A 20 SEMANAS

O cabelo, as sobrancelhas começam a crescer;

Já possui movimentos respiratórios, aspira e deglute o líquido amniótico, eliminando o excesso;

Exercita os músculos, treina reflexos, dá pontapés, socos, chucha no dedo;

A mãe já pode sentir o bebé mexer;

20 A 24 SEMANAS

Tem cabelo, sobrancelhas, pestanas e pele com penugem (lanugo) e uma substância gordurosa (vernix);

Os olhos e os ouvidos reagem a estímulos luminosos e auditivos externos ao útero (reage a barulhos, fortes, à música e a vozes conhecidas);

Importante a criação de vínculo com o bebé através da fala, do toque na barriga e do afeto;

Se nascesse já poderia ser viável;

Mede cerca de 23 cm e pesa cerca de 600 gr;

24 A 28 SEMANAS

Nos rapazes os testículos já se encontram nas bolsas escrotais;

O feto pode colocar-se de cabeça para baixo;

Reage a estímulos como a dor e a luz;

Mede cerca de 27 cm e pesa cerca de 1100 gr;



**Apêndice X – Póster na 2ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing
Trends: research for a better health – Lisbon 2024**

Apêndice X – Póster na 2ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2024



The Experience of Obstetric Nurses in Caring for Families with Female Genital Mutilation: a scoping review

Joana Catarina da Costa, Master's student in Maternal and Obstetric Health Nursing¹; Maria Helena Presado, PhD²;
¹Lisbon School of Nursing (ESEL); ²Centre for Research, Innovation and Development in Nursing (CIDNUR) of the Lisbon School of Nursing (ESEL)

BACKGROUND

- The World Health Organization (WHO) points out that more than 200 million women have undergone Female Genital Mutilation (FGM) and that around 3 million are at risk worldwide. This practice is particularly prevalent in Africa, Asia, Central and South American, but due to international migration it is now spread all over the world. Portugal was a country at risk, given its immigration profile. Between January 2018 and December 2021, 426 cases of FGM were recorded in the Lisbon region (DGS, 2022). Obstetric nurses play an important role in eliminating FGM through identification and signaling, but also in terms of prevention, preventing at-risk communities from resorting to the practice.^{1,2}

OBJECTIVES

- To map the scientific evidence on the experiences of obstetric nurses in caring for families/women undergoing or at risk of Female Genital Mutilation.

METHODES

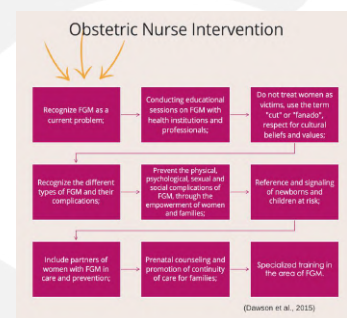
- The scoping review follows the guidelines issued by the Joana Briggs Institute (JBI), 2020. The search was carried out in the CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate databases in October and November 2023 and in Portugal's Open Access Repositories. All types of studies were included, with no language limitations in the last ten years. Data was extracted using data extraction tool adapted from the JBI, to answer the question: **What are the experiences of Obstetric Nurses in caring for families with Female Genital Mutilation?**

RESULTS

- After applying the inclusion and exclusion criteria, only 1 article was included for the scoping review. Obstetric nurses demonstrate knowledge and skills in caring for women/families who are victims of FGM, but they need to strengthen their confidence and knowledge. They describe the need to establish a relationship of trust with these women; the use of interpreters; not approaching women as mutilated; using expressions such as "cut", "fanado", or "ceremony". They also mention difficulties in recognizing and identifying of FGM and in signposting these women.³
- The main difficulties experienced by Obstetric Nurses:
 - The linguistic and cultural barrier;
 - Do not judge, work with these families in the community in the prenatal and postnatal phase, as well as in hospital care;
 - Availability and space for women to express their cultural needs;
 - The lack of obstetric programs in the community and home visits.



DISCUSSION



CONCLUSIONS

- Female Genital Mutilation affects the whole family, and the partners of these women should be included in the care, as the evidence tells us that they can also have physical and psychological complications, as well as playing a preventive role in avoiding the continuation of this violence in their daughters. The Obstetric Nurse demonstrates competences in caring for these families and can be the link to communities at risk, playing an important role in eliminating and preventing FGM.

BIBLIOGRAPHY

- General Directorate for Health (DGS) (2021). Guideline 008/2021 of 30/06/2021. Female Genital Mutilation. [Internet]. Lisbon: DGS. Available from: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/Orientacao-da-Direcao-Geral-da-Saude-sobre-MGF.pdf>
- DGL & SHMS. (2022). Female Genital Mutilation – Analysis of cases registered in the PDG/RE-PP 2018-2021. [Internet]. Available from: <https://www.dgs.pt/ficheros-de-upload/2023/03/04/relatorio-mulacoes-gential-feminina-2022.pdf.aspx>
- Dawson, A.J., Turkmani, S., Veral, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. [Internet]. Women and Birth, 28(3), 207-214. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.001>
- Images: <https://www.freepikcompany.com>



**Apêndice XI – Plano de Sessão de Formação para EEESMOs e Enfermeiros: A
*Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital
Feminina***

Apêndice XI – Plano de Sessão de Formação para EEESMOs e Enfermeiros: A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina



PLANO DE SESSÃO			
TÍTULO DA SESSÃO: <i>A Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da família com Mutilação Genital Feminina</i>			
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros e EESMOS			
FORMADORA: Mestranda do 1º MESMO da ESEL Joana Catarina Costa			
OBJETIVO: Refletir sobre a temática da Mutilação Genital Feminina Objetivos específicos: - Promover a reflexão dos Enfermeiros/EESMOS sobre a importância do cuidar na área da Mutilação Genital Feminina; - Identificar precocemente às mulheres/crianças em risco de Mutilação Genital Feminina (MGF); - Reconhecer e classificar os tipos de Mutilação Genital Feminina; - Sinalizar e registar em sistema próprio os casos de MGF ou em risco.			
DATAS: -06/02/2024 -21/03/2024 -22/03/2024	DURAÇÃO: 60 minutos	LOCAL: Serviço Materno-Fetal/Grávidas; Bloco de Partos e SUOG	HORÁRIO: 10h00 às 10h30 14h30 às 15h30

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	- Apresentação da temática; - Objetivos da sessão;	Expositivo/Participativo Videoprojector Áudio Computador Papel Canetas	5 min
Mutilação Genital Feminina	-Definição de MGF; -Dados estatísticos no Mundo e em Portugal; -Enquadramento teórico; -Classificação e tipos de MGF; -Complicações na saúde da mulher; -Revisão de Scoping; Intervenções do EESMO; - Fluxograma de atuação		15min
Conclusão	Enfermeiro/EEESMO na eliminação e prevenção da MGF;		5 min
Discussão	Reflexão sobre a temática e partilha de experiências.		5 min

**Apêndice XII – Apresentação da sessão de Formação para EEESMOs e
Enfermeiros: *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com
Mutilação Genital Feminina***

**Apêndice XII – Apresentação da sessão de Formação para EEESMOs e
Enfermeiros: *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com
Mutilação Genital Feminina***



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
□ Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR
DA FAMÍLIA
COM MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA**

Discente
Joana Catarina Costa

Lisboa, 2024

Docente Orientadora
Professora Helena Presado

de Stock | #477194848



Objetivos da sessão

Refletir sobre a temática da Mutilação Genital Feminina;	Identificar precocemente as mulheres/crianças em risco de MGF;
Reconhecer e classificar os tipos de MGF;	Sinalizar e registar em sistema próprio os casos de MGF ou em risco.

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que mais de 200 milhões de mulheres foram sujeitas a MGF e cerca de 3 milhões estão em risco a nível mundial.

Esta prática cultural tem especial incidência em **África, Ásia, América Central e do Sul**, mas devido à migração internacional já se encontra dispersa por todo o mundo.

Mutilação Genital Feminina

Portugal foi considerado um país de risco, dado o seu perfil de imigração, no que diz respeito à Mutilação Genital Feminina (DGS, 2021).

Prevalência da MGF a nível Mundial



Este risco prende-se essencialmente com a prática em comunidades imigrantes oriundas **da África Subsaariana, especialmente da Guiné-Bissau, Senegal, Guiné-Conacri** (DGS, 2023).



A Mutilação Genital Feminina é vista como um ritual de passagem para a idade adulta, sendo reconhecida socialmente e no meio familiar como um padrão de honra.

A Mutilação Genital Feminina é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos das mulheres, adolescentes e crianças (OMS, 2018).



Registaram-se 223 casos de Mutilação Genital Feminina, na região de Lisboa e Vale do Tejo, entre o período de janeiro a dezembro de 2023 (DGS, 2023).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Mutilação Genital Feminina

É definida pelo corte dos genitais femininos e diz respeito a todos os procedimentos que levam à remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos ou a qualquer outro dano provocado por razões não médicas (UNPFA, 2019).



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I

Clitoridectomia



Remoção parcial ou total do clitóris.

II

Excisão



Remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios

III

Infibulação



Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes com ou sem excisão do clitóris.

IV

Inclassificável

Outras intervenções nefastas como a punção, perfuração, incisão..

OMS, 2016

Complicações da MGF



Imediatas

Dor exacerbada;
hemorragia; lesão nos
tecidos adjacentes;
infecção; choque
hipovolêmico.



Crônicas

Incontinência urinária;
infecção urinária;
infertilidade; alterações
nefastas no parto;
vaginismo e
dispareunia.



Psicossociais

Ansiedade; stress pós-
traumático; depressão;
alterações da auto
imagem.

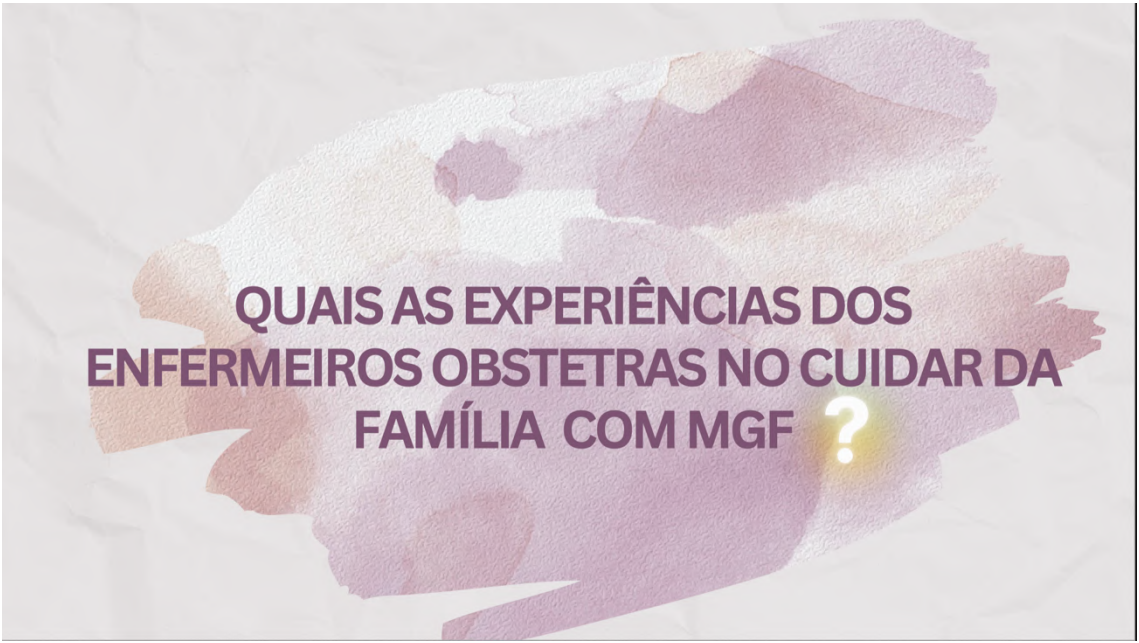
O Cuidar Transpessoal - Jean Watson

“Todas as ações de enfermagem devem nortear para o processo de cuidar, sugerindo uma filosofia e uma ciência dos cuidados, conciliando a racionalidade e a sensibilidade. O objetivo é a cura global da pessoa em situação de doença e a satisfação do cuidador, privilegiando a capacidade para comunicar, interagir e conhecer para então proporcionar um cuidar holístico e transpessoal”

Watson, 2002



***A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR
DA FAMÍLIA COM MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA
UMA SCOPING REVIEW***



**QUAIS AS EXPERIÊNCIAS DOS
ENFERMEIROS OBSTETRAS NO CUIDAR DA
FAMÍLIA COM MGF ?**

QUAIS AS EXPERIÊNCIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA?

Objetivo:



- Compreender como as experiências dos enfermeiros obstetras influenciam o cuidado das famílias/mulheres submetidas ou em risco de Mutilação Genital Feminina.

Mnemónica PCC (população, conceito e contexto) foi construída a seguinte questão de pesquisa.

- População – Enfermeiros Obstetras
- Conceito – Mutilação Genital Feminina e Cuidar
- Contexto – todos os contextos que englobem o cuidado à mulher/família

Palavras chave: Mutilação Genital Feminina, Cuidar e Enfermeiro Obstetra

Critérios de inclusão

Tipo de participantes: artigos que incluam Enfermeiros Obstetras e Enfermeiros que trabalhem na área da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Conceito: artigos que abordem a Mutilação Genital Feminina.

Contexto: todos os contextos que englobem o cuidado à mulher e à sua família.

Tipo de estudos: abrange todos os estudos escritos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, publicados nos últimos 5 anos.

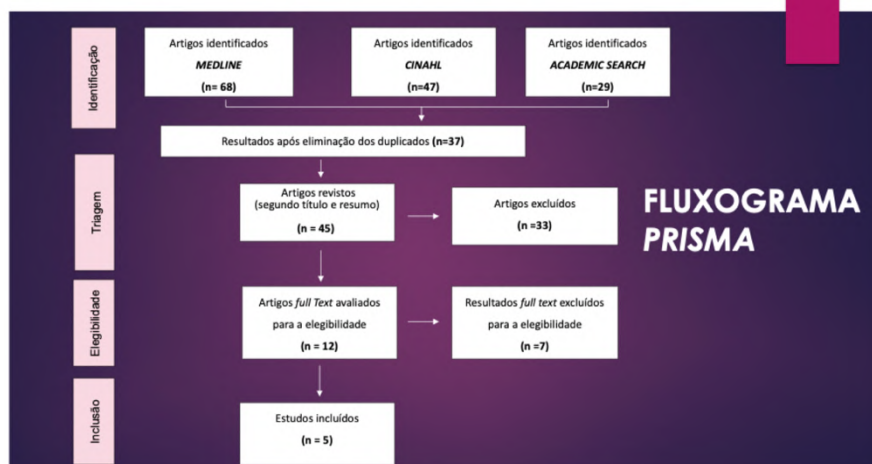
SCOPING REVIEW

	Linguagem natural	Linguagem indexada		
		CINAHL	MEDLINE	ACADEMIC SEARCH
P – Enfermeiros Obstetras	Midwife; Nurse Midwives; Obstetric Nurse; Midwifery	(MH "Midwives" OR "Midwife" OR "Nurse Midwives" OR "Obstetric Nurse" OR "Midwifery")	(MH "Nurse Midwives" OR "Midwife" OR "Obstetric Nurse" OR "Midwifery")	MH "Midwives" OR "Midwifery" OR "Nurse Midwives" OR Obstetric Nurse"
C – Mutilação Genital Feminina	Female genital mutilation; Circumcision female; cutting female.	(MH "Female genital mutilation" OR "Circumcision female" OR "Cutting female" OR "infibulation")	(MH "Circumcision, female" OR "Female Genital mutilation" OR "cutting female" OR "infibulation")	MH "FEMALE genital mutilation" OR "Circumcision female" OR "Cutting female" OR "infibulation"
C: Cuidar	Care/ Caring	(MH "Caring" OR "Care")	(MH "Empathy" OR "Care" OR "Caring")	MH "Caring" OR "Care"
C – todos os contextos que englobem o cuidado à mulher	_____	_____	_____	_____

TERMOS DE PESQUISA



SCOPING REVIEW



A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MGF UMA SCOPING REVIEW

As mulheres submetidas à MGF e as crianças em risco procuram cuidados de saúde ao longo da sua vida:

- Saúde infantil;
- Planeamento familiar;
- Pré-natal;
- Consulta de vigilância da gravidez;
- Maternidade (trabalho de parto);
- Puerpério.



A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MGF UMA SCOPING REVIEW

Os enfermeiros obstetras demonstram **conhecimento e competências no cuidar** das mulheres vítimas de MGF. No entanto referem sentir necessidade de **desenvolver a sua confiança e conhecimentos**.

Descrevem a necessidade de estabelecer **uma relação de confiança com estas mulheres**, recurso a uso de interpretes, não abordar a mulher como mutilada, usar expressões como **"corte", "fanado" ou "cerimónia"**.

Referem ter **dificuldade no reconhecimento e identificação dos tipos de MGF** e de como fazer a **sinalização destas mulheres**



(Bajada2022; Boisen2021; Dawson2015; Ogunisiji2016; Turkmani2018.)

A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MGF UMA SCOPING REVIEW

- Confirma-se a necessidade de **formação adicional** - desenvolvimento de novas competências na abordagem da mulher/família com MGF.
- A **continuidade de cuidados** com o recurso a uma **pessoa de ligação** com estas comunidades e os serviços de saúde/profissionais de saúde.
- Verificou-se na prática que as mulheres procuram as **enfermeiras obstetras que já cuidaram delas** anteriormente ou que lhes foram recomendadas na sua comunidade.



(Bajada2022; Boisen2021; Dawson2015; Ogunsiji2016; Turkmani2018.)

A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MGF UMA SCOPING REVIEW



MGF não é um problema que afeta só as mulheres!

A evidência diz-nos que os parceiros das mulheres vítimas de MGF também podem ter complicações físicas e psicológicas (infecções, feridas, dor, etc)

Necessidade de envolver os parceiros destas mulheres no processo de aconselhamento e cuidados de saúde.

Os parceiros podem ter um papel decisor no sentido de erradicar esta violência nas suas filhas recém-nascidas!

(Dawson2015; Ogunsiji2016))

A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MGF UMA SCOPING REVIEW

- Implementação de protocolos e diretrizes hospitalares para os enfermeiros que cuidam destas mulheres de forma especializada;
- Cuidados holísticos com as famílias;
- Aconselhamento pré-natal;
- Realização de procedimentos específicos de desinfibulação (pré – natal, idealmente às 20 semanas de gravidez);
- Continuidade de cuidados para estas famílias - um sistema de consulta de referência, de forma a eliminar e incidência de novos casos de meninas mutiladas.

(Bajada2022; Boisen2021; Dawson2015; Ogunsiji2016; Turkmani2018.)



A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MGF UMA SCOPING REVIEW

- **Educação e formação de Enfermeiros:** Formação regular em serviço, importante em todos os contextos que os enfermeiros cuidem de comunidades com elevada taxa de prevalência de mulheres vítimas de MGF;
- Na formação deve incluir a **classificação e reconhecimento** dos tipos de MGF;
- **Sinalização e registo** das mulheres com MGF em sistema próprio;
- Formação especializada em MGF em licenciaturas e pós-graduações.



International Day of
ZERO TOLERANCE
to
Female Genital Mutilation

(Bajada2022; Boisen2021; Dawson2015; Ogunsiji2016; Turkmani2018.)

A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DA FAMÍLIA COM MGF UMA SCOPING REVIEW

As principais dificuldades sentidas pelos Enfermeiros

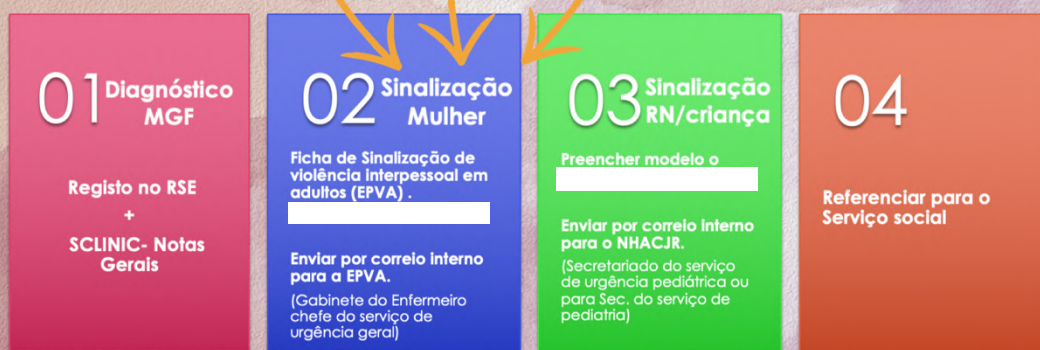
- Barreira linguística e cultural;
- Não julgar, trabalhar com estas famílias em comunidades na fase pré-natal e pós-natal, assim como nos cuidados hospitalares;
- Disponibilidade e espaço para a mulher expressar as suas necessidades culturais (com uso da terminologia adequada);
- A inexistência de programas de cuidados obstétricos na comunidade e programas de visita domiciliar.

(Bajada2022; Boisen2021; Dawson2015; Ogunsiji2016; Turkmani2018.)

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA PREVENÇÃO E NO CUIDAR DA MULHER/ FAMÍLIA



Fluxograma de atuação



Considerações Finais

A Mutilação Genital Feminina abrange toda a família, os parceiros destas mulheres devem ser incluídos nos cuidados, a evidência diz-nos que eles podem ter um papel preventivo, evitando a continuidade desta violência nas suas filhas.

O Enfermeiro Obstetra demonstra competências para cuidar destas famílias e pode ser o elo junto das comunidades em risco, desempenhando um papel importante na eliminação e prevenção da MGF.



“
Durante toda a minha vida, tentei encontrar uma justificação para a minha excisão. Se existisse uma boa razão, talvez pudesse aceitar o que me fizeram. Mas não descobri nenhuma.”



Waris Dirie e Cathleen Miller, *Flor do Deserto – da Somália até ao Mundo da Moda*

Bibliografia



- Boisen, C., Gilmore, N., Wahlberg, A., & Lundborg, L. (2021). "Some women are proud of their experience and I have to respect that": An interview study about midwives' experiences in caring for infibulated women during childbirth in Sweden. *Journal of Primary Health Care*, 13(4), 334–339. <https://doi.org/10.1071/HZ21118>
- Bajada, M., & Spitzer, G. (2022). Midwives' experiences of providing intrapartum care to women with female genital mutilation. *MIDIRS Midwifery Digest*, 32(2), 201–207. <https://search.elsevier.com/locate/midirs?direct=true&doi=10.1016/j.midirs.2021.100444&lang=en&site=schost-live>
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) (2017). Relatório Intercalar de execução do III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina - 2016. Lisboa: CIG. Acesso em: 05/01/2025. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/planos-nacionais-areas/mulacao-genital-feminina/>
- - Direção Geral de Saúde (DGS) (2021). Orientação 008/2021 de 30/06/2021. Mutilação Genital Feminina. [Internet]. Lisboa: DGS. Available from: <https://www.dgs.gov.pt/web-content/uploads/2021/10/Orientacao-de-Direcao-Geral-de-Saude-sobre-MGF.pdf>
- DGS, & SPMS. (2023). Mutilação Genital Feminina- Análise de casos registados na POS/RSE-PP 2023. [Internet]. Available from: <https://www.dgs.gov.pt/arquivos-de-upload-2013/boletim-mgf-6lev2023-pdf.aspx>
- Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanyakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. [Internet]. *Women and Birth*, 28(3), 207–214. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01>
- González-Timoneda, A., Ruiz-Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: Are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- Ogunsi, O. (2016). Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/mutilation. *Health Care For Women International*, 37(10), 1156–1169. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1215462>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2009). Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração conjunta CHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNICEF, UNFPA, ACHUR, UNICEF, UNFEM, OMS, APF (edição em português). http://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/eliminacao_mgf_declaracao.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2009). Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos currículos de Profissionais de Saúde: Manual de Formação (edição em português, revista e adaptada). APF.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/managementhealth-complications-fgm/en/>
- Turkmani, S., Homer, C., Varol, N., & Dawson, A. (2018). A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation. *Women and Birth*, 31(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.009>
- Reig-Alcaraz, M., Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2016). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 245–260. <https://doi.org/10.1111/jan.12823>
- UFGM (2017). Informação básica sobre a Mutilação Genital Feminina. Acesso a 5 de abril de 2020. Disponível em: <https://ufgm.org/index.php/what-is-fgm/?lang=pt>
- UNICEF. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.

Imagens: <https://www.freepikcompany.com>

**Apêndice XIII – Relatório de avaliação da Sessão de Formação para EEESMOs
e Enfermeiros: *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com
Mutilação Genital Feminina***

Apêndice XIII – Relatório de avaliação da Sessão de Formação para EEESMOs e Enfermeiros: *A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina*



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Exmos/as. Senhores/as

O presente questionário, pretende avaliar a importância e pertinência da sessão, bem como o desempenho do formador relativamente ao tema apresentado: *"A Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da família com Mutilação Genital Feminina"*.

O preenchimento deste questionário é anónimo e demora apenas alguns minutos.

Assinale com um círculo (○) a opção de resposta que melhor corresponde à sua apreciação.

Grata pela sua colaboração.

A – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

1. Conteúdos da ação de formação.
2. Estrutura dos conteúdos.
3. Interesse/ utilidade dos conteúdos.
4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados
5. Equilíbrio entre a exposição teórica/prática.
6. Duração da ação de formação (adequação do tempo).

Nada	Muito
1	2 3 4 5
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •

B- FORMADOR/A

1. Domínio e clareza na exposição.
2. Estímulo à participação dos formandos/as na sessão.
3. Bibliografia suficiente e adequada.
4. Pontualidade e cumprimento do horário da sessão.

Nada	Muito
1	2 3 4 5
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •

C – AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

1. Concretização dos objetivos propostos.
2. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos?
3. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento?
4. Recomendaria esta ação de formação aos seus colegas?

Nada	Muito
1	2 3 4 5
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •
•	• • • • •

D – PERTINÊNCIA

1. Considera o tema pertinente para a prática de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica?
2. Considera que este tema deverá ser abordado de forma regular em formações de serviço?

Nada	Muito
1	2 3 4 5
•	• • • • •
•	• • • • •

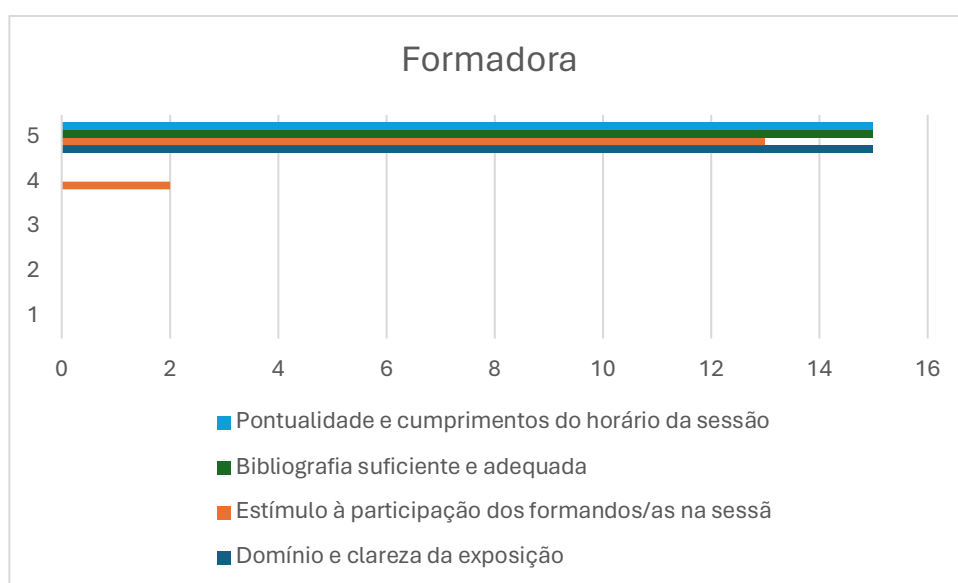
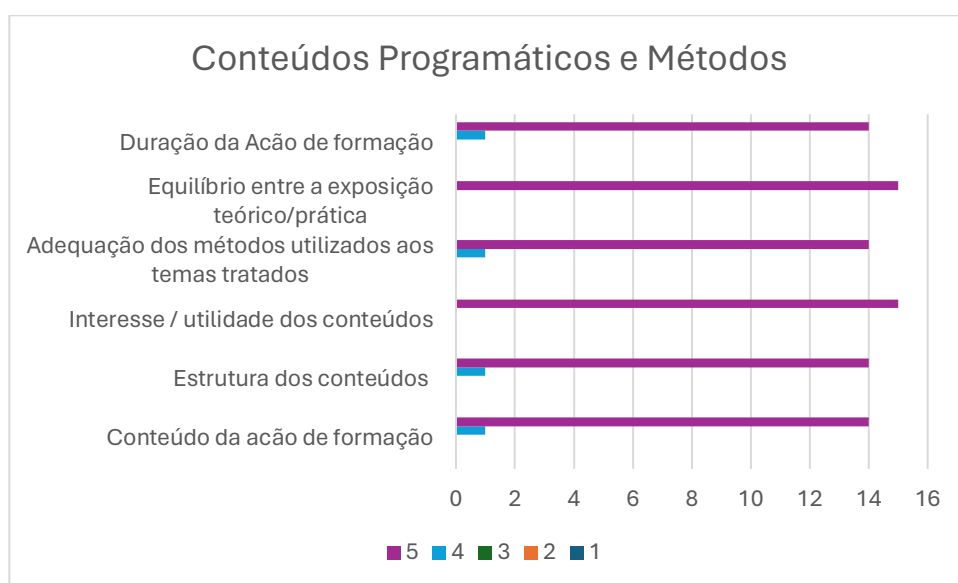
E – COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES

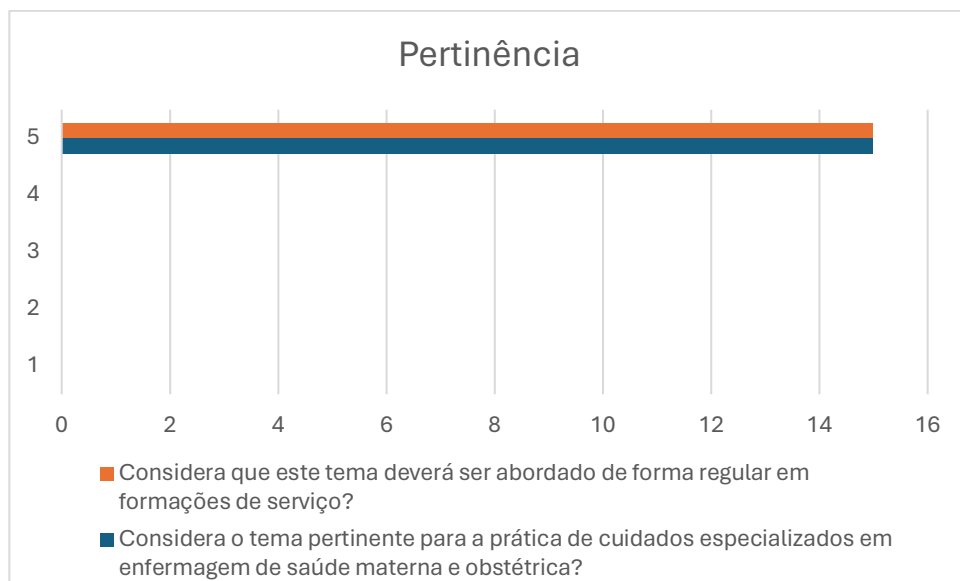
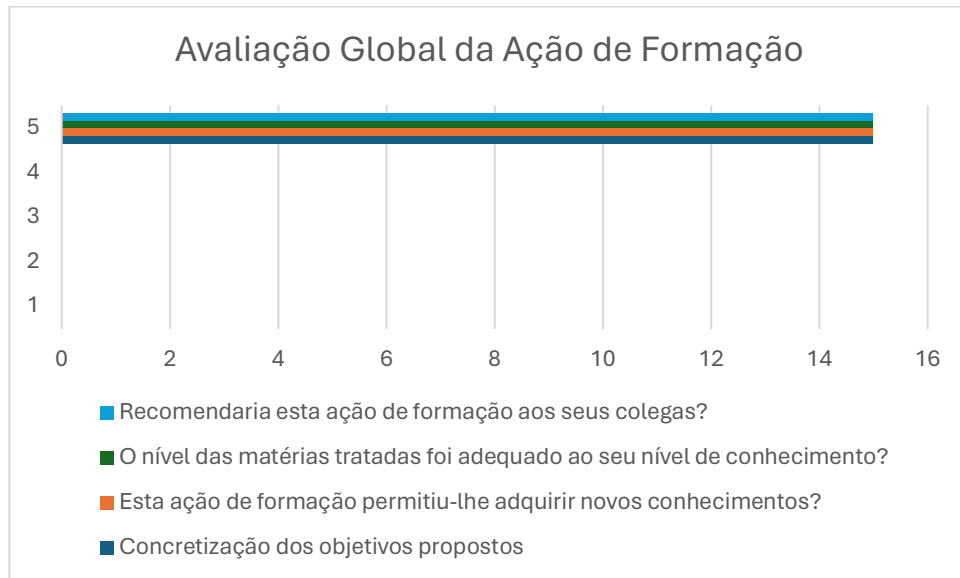
"A Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da família com Mutilação Genital Feminina"

Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da Família com Mutilação Genital

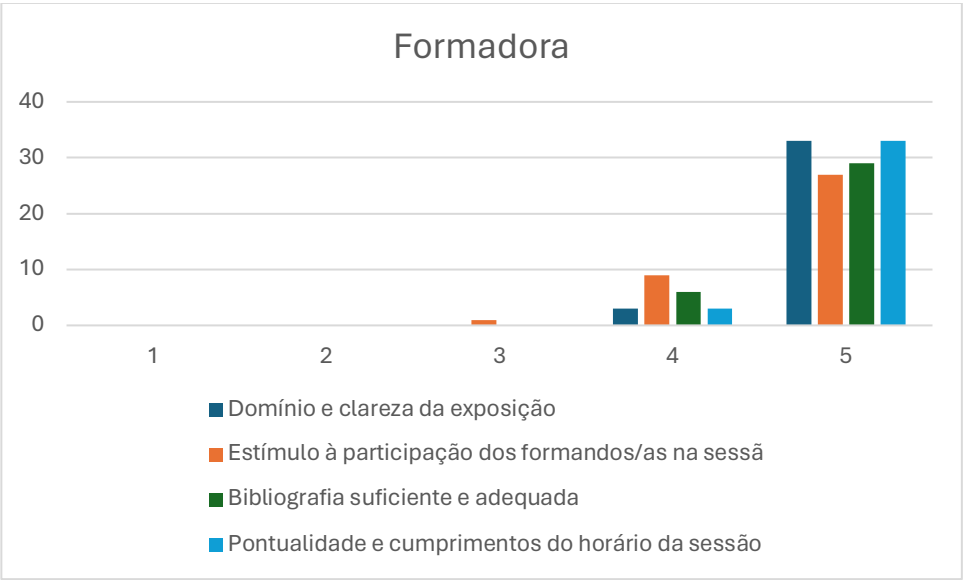
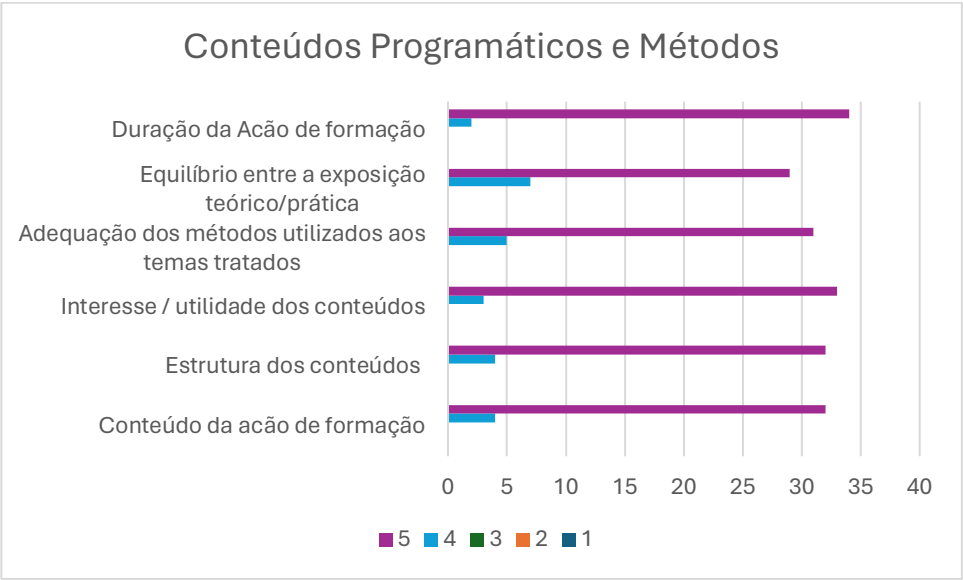
Feminina

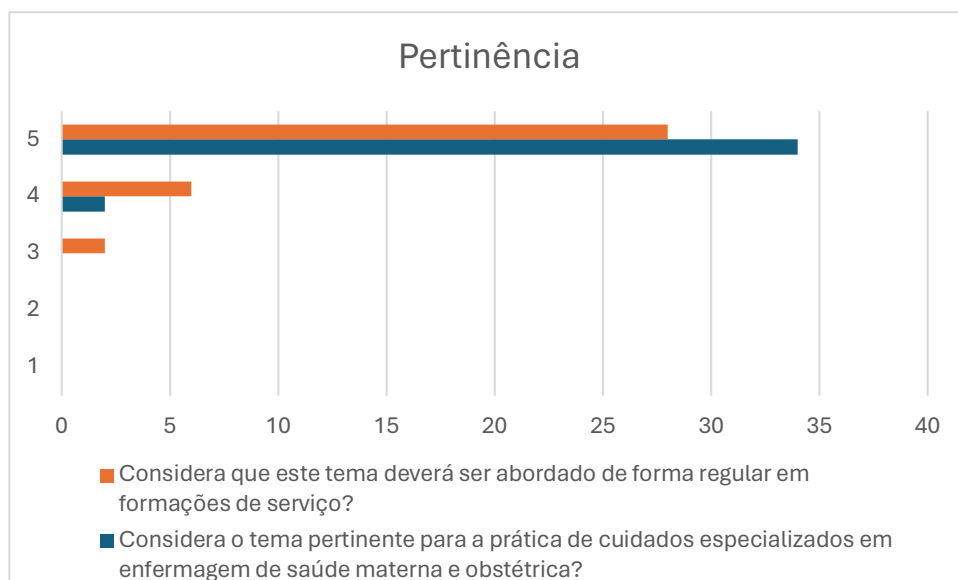
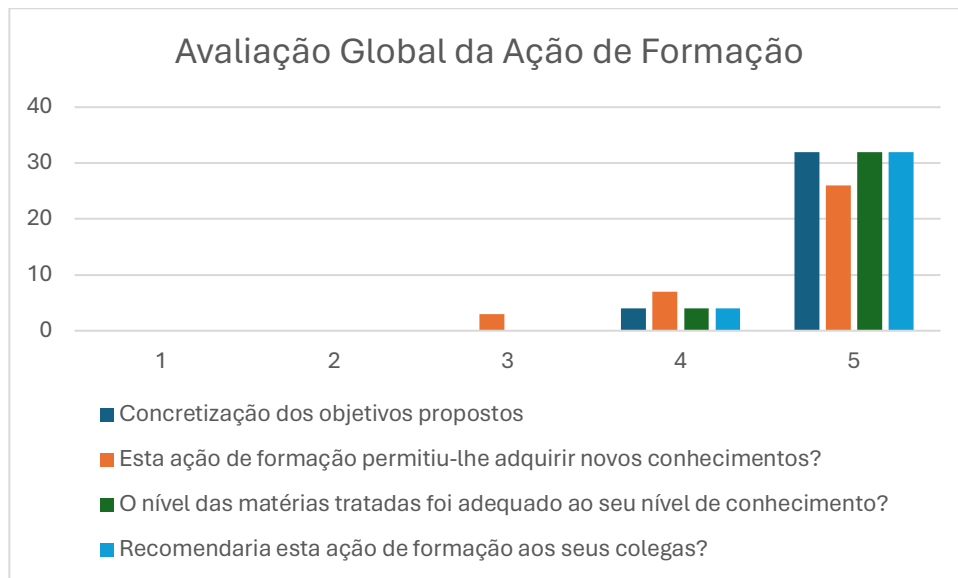
Avaliação da sessão de formação realizada no dia 6 de Fevereiro de 2024, participaram um total de 15 EEESMOS e Enfermeiros, concretizada no Serviço de Medicina Materno-fetal.





Avaliação da sessão de formação realizada nos dias 21 e 22 de Março de 2024 no serviço de Bloco de Partos e Urgência Ginecológica e Obstétrica, participaram na sessão um total de 36 EEESMO e Enfermeiros.





Comentários e sugestões dos participantes:

- “Temática bastante pertinente. A Formadora transmitiu os conteúdos com clareza e transpareceu gosto e motivação pela temática.”
- “Parabéns pelo projeto e muito sucesso no mestrado.”
- “Tema muito interessante, apresentação muito esclarecedora.”
- “Adorei esta formação, diz respeito a situações difíceis de abordar, mas reais, pelo que acho que devem ser bastante divulgadas. Gratidão pela partilha.”

- "Continuação de ações de formação como esta."
- "Tema muito interessante, pouco abordado, embora hoje em dia haja necessidade de ser mais abordado e divulgado."
- "Tema muito pertinente."
- "Tema muito pertinente e apresentado de forma concisa e esclarecedora."
- "Muito esclarecedora, sucinta e eficiente a passagem de informação."