



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

**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

Joana Catarina Ribeiro da Costa

Lisboa
2025



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

**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

Joana Catarina Ribeiro da Costa

Orientadora:

Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente Presado

Lisboa
2025

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Durante toda a minha vida, tentei encontrar uma justificção 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

Dedicatória

À Professora Doutora Maria Helena Presado, pela orientação, sabedoria, dedicação e motivação. Serei eternamente grata, sem a sua força não teria conseguido!

À Professora Isabel Serra, que me deu a conhecer a problemática da Mutilação Genital Feminina, pela dedicação à sua prevenção.

Ao meu querido filho Benjamim, chegaste a meio do meu do meu percurso académico e a tua vinda transformou-me! Foi um longo caminho, onde por vezes, senti ansiedade por estar mais ausente. No entanto, ensinas-te me a encontrar um equilíbrio entre continuar o meu caminho e cuidar de ti! Foste a minha força para não desistir. Hoje, sei que te ensinei que, com resiliência e amor podemos conquistar os nossos sonhos!

Às minhas amigas e à minha família, por compreenderem a minha ausência e pela constante disponibilidade. Deram-me coragem e motivação! Obrigada pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim.

Às minhas colegas de curso, pelos momentos de aprendizagem, convívio e entreaajuda.

Aos meus orientadores clínicos, por toda a partilha de conhecimento, experiência e dedicação.

A todas as mulheres e famílias, que tive o privilégio de cuidar ao longo deste percurso, guardo momentos únicos com carinho!

A todas as mulheres e crianças que vivem com a Mutilação Genital Feminina ou em risco, comprometo-me a atuar na prevenção desta violência, pela dignidade e defesa dos seus direitos.

Um sincero agradecimento a todos!

Abreviaturas e Siglas

APPT- Ameaça de parto pré-termo

APF - Associação para o Planeamento da Família

BP- Bloco de partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CEDAW - Convenção para a Eliminação de todas as formas de Violência contra as Mulheres

CIG - Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPPP- Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG – Cardiotografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EIGE - Instituto Europeu para a Igualdade de Género

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME- Federação de Associações de Matronas de Espanha

FCF – Frequência cardíaca fetal

HPP- Hemorragia pós-parto

HPV – Vírus do Papiloma Humano

ICM – *Internacional Confederation of Midwives*

ITP – Indução do trabalho de parto

JBI – The Joanne Brigs Institute

LA – Líquido amniótico

LM – Leite Materno

MGF - Mutilação Genital Feminina

OMS - Organização Mundial de Saúde

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

PBE – Prática baseada em evidência

PF- Planejamento Familiar

PNS - Plano Nacional de Saúde

RN – Recém-nascido

RS – Revisão de *scoping*

SUOG- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de parto

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNFPA - Fundo para o Desenvolvimento das Populações das Nações Unidas

Resumo

Este Relatório de Estágio visa descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), assim como a obtenção do grau de Mestre, fundamentando-se na Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson (2002).

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, dado o seu perfil de imigração de comunidades em risco (DGS,2021). Entre janeiro e dezembro de 2024 foram registados 254 casos de MGF, o que corresponde a um aumento de 13,9% em relação ao período anterior (DGS,2024).

Com o objetivo de analisar as experiências dos Enfermeiros Obstetras no cuidado às mulheres e famílias com MGF, foi elaborada uma Revisão de *Scoping* (RS) segundo as orientações do Joanna Briggs Institute e posteriormente desenvolvido um estudo de investigação exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. Com recurso a entrevistas com experiência no cuidar da mulher/família com MGF e realizada a análise de conteúdo dos discursos de acordo com as etapas propostas por Bardin (2018).

Os resultados indicam que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), demonstram competências para cuidar destas mulheres/famílias, desempenhando um papel fundamental na eliminação da Mutilação Genital Feminina (MGF) através da sua identificação, sinalização e prevenção. No entanto, reforça a necessidade de mais formação e investigação sobre a temática da MGF.

Palavras-chave: Mutilação Genital Feminina; Cuidar; Enfermeiro Obstetra.

Abstract

This Internship Report aims to describe the process of acquiring and developing skills as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO), as well as obtaining a Master's degree, based on Jean Watson's Theory of Transpersonal Caring (2002).

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. Portugal was considered a country at risk, given its immigration profile of at-risk communities (DGS, 2021). Between January and December 2024, 254 cases of FGM were recorded, which corresponds to an increase of 13.9% compared to the previous period (DGS, 2024).

With the aim of analyzing the experiences of Obstetric Nurses in caring for women and families with FGM, a Scoping Review (RS) was prepared according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute and subsequently an exploratory and descriptive research study with a qualitative approach was developed. Using interviews with experience in caring for women/families with FGM and performing content analysis of the speeches according to the steps proposed by Bardin (2018).

The results indicate that Nurses Specialized in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO) demonstrate skills to care for these women/families, playing a fundamental role in the elimination of Female Genital Mutilation (FGM) through its identification, signaling and prevention. However, it reinforces the need for more training and research on the topic of FGM.

Keywords: Female Genital Mutilation; To care; Obstetric Nurse.

Índice geral

Introdução	11
1. Enquadramento Teórico e Conceptual	14
1.1. Mutilação genital feminina	14
1.1.1. A perspetiva mundial.....	16
1.1.2. Prevalência em Portugal	17
1.2. O Cuidar Transpessoal de Jean Watson na prática do Enfermeiro Obstetra.....	21
2. Metodologia e processo de trabalho.....	24
2.1. Revisão <i>Scoping</i>	24
2.2. Estudo qualitativo: “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina”	25
2.3. Desenvolvimento de competências clínicas	27
2.4. Considerações éticas	28
3. Apresentação e Discussão de Resultados	30
3.1. Revisão <i>Scoping</i> (RS).....	30
3.2. Estudo qualitativo: “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina”	31
3.3. Análise reflexiva do Percurso de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	39
3.3.1. Cuidar a mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....	40
3.3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	41
3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	46
3.3.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	52
3.3.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	56
3.4. Outras atividades relevantes.....	58
4. Limitações ao processo de aprendizagem	60
5. Considerações Finais	61
Referências	63

Anexos

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

Anexo II – Autorização do Conselho de Ética

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

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 VI – Síntese de Registo de Atividades Práticas

Apêndices

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

Apêndice II – Guião da entrevista

Apêndice III – Consentimento informado

Apêndice IV - Análise de Conteúdo

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

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

Apêndice VII – E-book Cuidados ao Recém-Nascido

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

Apêndice IX – Folheto informativo sobre o Desenvolvimento Fetal

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

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 XII – Apresentação 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*

Introdução

O presente Relatório de Estágio surge em contexto do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem como objetivo o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e de competências para obtenção do grau de Mestre.

No que respeita à escolha do tema para este relatório, o meu interessente pessoal e profissional recai sobre a problemática da Mutilação Genital Feminina (MGF), desconhecida por mim até à sua abordagem no curso.

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. 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. Portugal torna-se um país de risco para a ocorrência desta realidade (DGS,2021), atendendo que é um país de migrantes.

Segundo a OMS (2024), a MGF é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos das mulheres, adolescentes e crianças. Logo é fundamental entendermos quais os contributos das diversas organizações nacionais e internacionais para tentar eliminar esta prática.

De acordo com Molina-Gallego et al. (2021), os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ter conhecimentos e atitudes necessários para a deteção dos casos de MGF, bem como conhecer os protocolos essenciais a seguir para encaminhar estas mulheres e as suas famílias para serviços especializados que lhes garantam os cuidados adequados com base numa abordagem multidisciplinar, transcultural e positiva, assegurando a sua segurança e bem-estar.

Igualmente necessário, é o conhecimento da legislação e do *status* legal da MGF e desenvolvimento de projetos de aprendizagem para que os profissionais de saúde adquiram a competência para o reconhecimento e sinalização destes casos. O conhecimento da cultura, a supressão de barreiras linguísticas e elaboração de técnicas de comunicação são também elementos essenciais e que o profissional de saúde necessita de desenvolver no sentido de aperfeiçoar as suas intervenções quando deparado com este tipo de situação.

Sendo o EEESMO responsável pelos cuidados à mulher inserida na família e comunidade, em diversas fases da vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a, 2019a), é também responsável por colaborar na execução de políticas, padrões e procedimentos no ambiente de trabalho (OE, 2015b, 2021), que fazem parte das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019). É fundamental a sua capacitação, nomeadamente a ampliação dos seus conhecimentos sobre esta temática e tudo o que a própria compreende. Assim, é-lhe atribuída competência para intervir eficazmente e eficientemente na qualidade dos cuidados prestados e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do exercício da profissão, que fazem parte das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019). Daqui emerge a importância do EEESMO na formação dos enfermeiros dos diversos serviços, de modo que as mulheres consideradas de risco perante esta prática possam permanecer aos seus cuidados.

Após a abordagem desta temática, fiquei desperta para esta violência e no decurso da minha prática profissional no Serviço de Neurologia, observei duas mulheres mutiladas e realizei a respetiva sinalização. Ao abordar o tema com a restante equipa de enfermagem deparei-me com a falta de conhecimentos sobre a MGF e a dificuldade na sua identificação.

A maioria dos profissionais de saúde, não estão preparados para lidar com a MGF na sua prática clínica ou mesmo na sua identificação. É importante promover um melhor conhecimento da temática, uma vez que os enfermeiros podem desempenhar um papel importante na minimização da prática da MGF, não apenas pela identificação e reconhecimento perante uma situação, mas também evitando que as comunidades em risco recorram à MGF.

Considero essencial estabelecer uma relação de proximidade com estas mulheres, logo é fundamental que os enfermeiros estejam familiarizados com este tipo de violência. Por isso mesmo, a formação e criação de orientações para uma conduta de prevenção da MGF podem desempenhar um papel determinante para a eliminação e/ou minimização desta prática. É importante que os enfermeiros reconheçam as complicações a curto e longo prazo associadas a esta prática e as suas implicações no ciclo de vida da mulher.

Neste sentido, realizei uma revisão scoping e um estudo exploratório de abordagem qualitativa para responder à questão “Quais as experiências dos enfermeiros

obstetras no cuidar da família/mulher com MGF?” e que se alinha diretamente com os pressupostos da teoria de Watson (2002). A ênfase na experiência dos enfermeiros, nas suas práticas e desafios, reflete a preocupação da teoria com a dimensão humana e interpessoal do cuidado. A teoria de Watson oferece um modelo para a análise das relações enfermeiro-cliente, considerando os aspetos físicos, emocionais, espirituais e sociais que são essenciais para um cuidado eficaz de mulheres e famílias que vivenciaram a MGF.

O presente relatório tem como objetivos: constituir um momento de avaliação para a obtenção do grau de mestre; descrever e analisar as competências clínicas e de investigação desenvolvidas. Estrutura-se em cinco capítulos, o primeiro capítulo expõe o enquadramento teórico e conceptual, explorando os principais conceitos sobre a MGF e a fundamentação científica disponível, terminado com o modelo teórico de Jean Watson (2002). No segundo capítulo, descreve-se o enquadramento metodológico. O terceiro capítulo a apresentação, discussão dos resultados de aprendizagem. Por fim, o quarto capítulo apresenta as limitações ao processo de aprendizagem e o quinto as considerações finais, refletindo sobre os contributos do trabalho para o desenvolvimento profissional e pessoal, ao longo do processo de aprendizagem.

A elaboração deste trabalho respeita o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e as normas de citação da American Psychological Association (APA), 7ª edição.

1. Enquadramento Teórico e Conceptual

O presente capítulo apresenta a revisão da literatura realizada com o intuito de explicitar os principais conceitos que fundamentam o presente Relatório de Estágio. Será, ainda, analisado o referencial teórico de Jean Watson (2002) que sustentou o meu percurso académico.

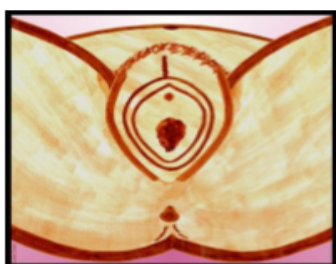
1.1. Mutilação genital feminina

A MGF é conhecida por 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 médica. É considerada uma prática cultural realizada em crianças, adolescentes e mulheres, que pode ocorrer logo após o nascimento ou até à idade adulta. O tipo de mutilação praticado varia de acordo com o país e o grupo étnico que o realiza (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2009; Braddy & Files, 2007).

Tal como define a OMS (2024), existem quatro tipos de MGF, o primeiro tipo é denominado por clitoridectomia, que se refere à remoção total ou parcial do clítoris ou da pele que o reveste; o segundo tipo é a excisão, que representa a remoção total ou parcial do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios; o terceiro tipo define-se como infibulação, ou seja, existe um estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, sendo esta criada através do corte ou da aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris; a quarta tipologia refere-se a todas as intervenções não médicas que prejudiquem os órgãos genitais femininos, como por exemplo, a perfuração, a incisão, a escarificação e a cauterização (APF, 2009).

As figuras abaixo ilustram os diferentes tipos de Mutilação Genital Feminina (MGF).

Imagem 1. Tipos de Mutilação Genital Feminina



TIPO I - Clitoridectomia



TIPO II - Excisão



TIPO III - Infibulação

São diversos os riscos e complicações que advêm da MGF, que tem consequências sobre a saúde física, reprodutiva, sexual e psicológica da mulher. Estas variam de acordo com o contexto onde esta prática ocorre, como por exemplo, as condições de higiene, os utensílios usados para realizar o corte, a experiência de quem pratica e o tipo de mutilação que é realizado (OMS, 2024).

De acordo com a DGS (2021) e a OMS (2024) as complicações da MGF podem ser físicas, tardias ou imediatas, e psicológicas. As complicações físicas podem ser imediatas como é o caso da dor, das alterações urinárias (como por exemplo a retenção urinária), da hemorragia, das infeções (localizadas ou generalizadas), da alteração no processo de cicatrização, ou mesmo, em casos mais extremos, da morte. Existem também as complicações tardias sendo estas uro-ginecológicas, obstétricas e sexuais. As uro-ginecológicas incluem a presença de quistos dermóides, zonas quelóides, úlceras, neuromas, dismenorreia, obstrução vaginal, infeções vaginais e alterações urinárias. As obstétricas referem-se a complicações durante o parto, como é o caso do parto obstruído e do parto prolongado, levando a um aumento da taxa de mortalidade materna, fetal e neonatal. As sexuais incluem a dispareunia o que leva a baixos níveis de satisfação sexual e de desejo sexual por parte das mulheres. As complicações psicológicas são mais complexas de identificar, estando incluídos sentimentos como a ansiedade e depressão e outros sintomas como a insónia e a perda de apetite e de peso.

As consequências da MGF são devastadoras e multifacetadas, impactando as esferas física, psicológica, social e sexual das mulheres afetadas. Os danos físicos abrangem desde complicações imediatas, como infeções e hemorragias, até consequências a longo prazo, incluindo dificuldades urinárias, dispareunia, infertilidade e complicações obstétricas (DGS,2021). A nível psicológico, o trauma da MGF pode levar a perturbações de ansiedade, depressão, e transtorno de stress pós-traumático, com impacto significativo na saúde mental das sobreviventes. A nível social, as mulheres mutiladas podem sofrer estigma, exclusão social, e dificuldades na constituição familiar (DGS,2021).

A MGF é assim considerada pelas Nações Unidas uma forma de violência física, psicológica e sexual contra a mulher, logo uma violação grave dos direitos humanos, e a sua proibição encontra-se na Convenção para a Eliminação de todas as formas de Violência contra as Mulheres (CEDAW) aprovado em 1979 pela Assembleia Geral das

Nações Unidas (Comissão para a Igualdade de Género, 2018).

O combate à MGF requer uma abordagem multidisciplinar e holística que abranja a educação, a consciencialização, a legislação, os cuidados de saúde e o apoio às comunidades afetadas. Em muitos países, a prática é ilegal e as autoridades têm vindo a implementar políticas e estratégias para combater este crime contra os direitos humanos. A investigação académica assume um papel crucial na compreensão do fenómeno, na identificação de fatores de risco, na avaliação das intervenções e no desenvolvimento de estratégias eficazes para a sua erradicação. A investigação futura deverá focar-se na complexa interação entre fatores sociais, culturais, económicos, religiosos e políticos, que contribuem para a perpetuação da prática, considerando também a diversidade de experiências entre comunidades e grupos vulneráveis.

A Convenção de Istambul de 2011 (Conselho da Europa, s.d.) foi um passo importante na legislação internacional a condenar a violência contra as mulheres, transpondo para o ordenamento jurídico nacional a tipificação do crime de MGF. De salientar que, a Convenção de Istambul reconhece a MGF como uma forma de violência contra as mulheres e define-a como extirpar, infibular ou realizar qualquer outra mutilação na totalidade ou parte dos grandes lábios, pequenos lábios ou clitóris de uma mulher” (Artigo 38. a). A introdução da legislação nacional sobre a MGF foi o primeiro passo para reconhecer a gravidade desta prática e ao mesmo tempo, garantir que estes atos sejam devidamente processados. Por este motivo, a Convenção exigiu que todos os Estados Partes introduzissem a MGF como um crime de ofensa quando tal ato seja cometido intencionalmente, quer seja praticado ou não por profissionais médicos.

De salientar que, a Convenção de Istambul reconhece a MGF como uma forma de violência contra as mulheres e define-a, no Artigo 38^a, como “extirpar, infibular ou realizar qualquer outra mutilação na totalidade ou parte dos grandes lábios, pequenos lábios ou clitóris de uma mulher” (Conselho da Europa, s.d.).

1.1.1. A perspetiva mundial

Estima-se que cerca de 200 milhões de meninas e mulheres foram sujeitas a alguma forma de MGF, particularmente em países do continente africano e médio oriente, mas também na América Central e América do Sul (OMS,2024). Atendendo aos fenómenos migratórios globais que assistimos nos dias de hoje, a prática de MGF

começou também a ser uma realidade em vários países europeus, nomeadamente, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Noruega, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido (OMS, 2024).

A UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) estima que 3 milhões de meninas estejam em risco de sofrerem MGF todos os anos no continente africano (UNICEF, 2013). Dado o crescimento populacional e a elevada prevalência da prática em vários países como os países africanos, o Fundo para o Desenvolvimento das Populações das Nações Unidas (UNFPA, 2018) estima que o número de meninas a serem submetidas a MGF irá aumentar nos próximos anos.

A eliminação total da prática também se encontra prevista nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (objetivo 5.3) das Nações Unidas divulgados em 2015 (Assembleia Geral das Nações Unidas, 2015).

Em 2016, O Conselho para os Direitos Humanos (HRC) também emitiu uma Resolução para os Estados-membros das Nações Unidas adotarem legislação nacional e operacionalizarem-na para a eliminação da MGF (Africa, n.d.).

1.1.2. Prevalência em Portugal

Dado o perfil de imigração em Portugal, este foi considerado um país de risco no que diz respeito à MGF (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Este risco prende-se essencialmente com a prática em comunidades imigrantes oriundas da África Subsariana, especialmente da Guiné-Bissau, do Senegal e da Guiné-Conacri (Bento et al., s.d.; Martingo, 2009).

Entre janeiro e dezembro de 2024 foram registados 254 casos de MGF na plataforma “Registo de Saúde Eletrónico (RSE-AP)”, o que corresponde a um aumento de 13,9% em relação ao período anterior. Estes dados fazem parte da “Atualização dos Registos de Mutilação Genital Feminina - Ano de 2024” (DGS,2024).

De salientar ainda que, a globalidade das situações de MGF foi identificada durante a gravidez, com 39,0% no momento parto; 17,7% no puerpério e 11,8% em consultas de vigilância. Em contextos fora da gravidez, foram registados 15,7% de casos nos cuidados hospitalares e 15,7% nos cuidados de saúde primários (DGS & [SPMS], 2024). Relativamente a sua classificação, foram observadas com maior frequência o tipo I,

representando 55,1%; seguidas do tipo II, com 40,9% e o tipo III, que corresponde a 3,1% dos registos (DGS & [SPMS], 2024).

Após a análise destes dados, a DGS concluiu que a generalidade dos casos foi praticada na Guiné-Bissau e Guiné-Conacri em meninas com uma idade média de 7,7 anos (DGS & [SPMS], 2024). Existe ainda a possibilidade de existirem mais casos que não foram notificados. A prática da MGF é geralmente realizada fora de Portugal, no país de origem da família e durante o período de férias escolares.

O Instituto Europeu para a Igualdade de Género (EIGE) realizou, em 2015, um estudo sobre o predomínio das meninas em risco, no qual apresenta para Portugal dois cenários, um de risco elevado e outro de baixo risco. Assim, conforme divulgou o EIGE, em 2011 residiam em Portugal 5.835 raparigas provenientes de países onde ocorre a MGF (nascidas no país de origem ou em Portugal), em risco de serem submetidas à prática. Nos cenários estudados, no caso de risco elevado, 1.365 (23%) meninas estariam em risco, enquanto num cenário de baixo risco, seriam 269 (5%). Em termos de nacionalidades, a maioria serão nascidas ou com ascendência na Guiné-Bissau, mas também no Senegal, Guiné-Conacri, Nigéria, entre outros países (EIGE, 2015).

O Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa (CESNOVA, 2015) realizou um estudo de prevalência da prática da MGF em Portugal, onde refere a presença de cerca de 5246 mulheres em idade fértil submetidas à prática, maioritariamente provenientes da Guiné-Bissau (90 a 91%), mas também de outros países, como a Guiné-Conacri (3%) e Senegal (2%). O mesmo estudo menciona o distrito de Lisboa, como o que apresenta mais casos, cerca de 70% das mulheres provenientes de países com MGF. É ainda apresentada uma estimativa dos tipos de corte mais predominantes em Portugal: os tipos I e II -clitoridectomia e excisão (CESNOVA,2015).

A introdução da legislação nacional sobre a MGF foi o primeiro passo para reconhecer a gravidade desta prática e ao mesmo tempo, garantir que estes atos sejam devidamente processados. De igual modo, as autoridades portuguesas manifestaram o seu entendimento sobre as medidas necessárias para satisfazer as necessidades de grupos de vítimas particularmente vulneráveis, vítimas que estão expostas ou correm riscos de serem expostas, à discriminação interseccional. E, no ano de 2015, Portugal procedeu à alteração do Código Penal que estabelece no sistema jurídico português o crime de MGF punível com pena de 2 a 10 anos e foram introduzidos os crimes de

perseguição e casamento forçado, sempre em conformidade com as disposições da Convenção de Istambul -artigo 154º (Portugal,2015).

Enquadramento legal e estratégias políticas de saúde - A 4 de setembro de 2015 na 23ª alteração ao Código Penal (Lei n.º 130/2015), através do artº 144º-A, passou a ser considerado em Portugal o crime de MGF1. O seu enquadramento penal menciona:

1-Quem mutilar genitalmente, total ou parcialmente, pessoa do sexo feminino através de clitoridectomia, de infibulação, de excisão ou de qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino, por razões não médicas é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

2- Os atos preparatórios do crime previsto no número anterior são punidos com pena de prisão até 3 anos. Como resulta do nº1 do preceito legal, todos os tipos de Mutilação Genital Feminina, que se encontram enunciados na tabela constante do ponto 4 deste manual, integram a prática do crime em causa. Por outro lado, como resulta do nº2, os atos destinados a preparar ou a tornar possível a prática da Mutilação Genital Feminina, como sejam, por exemplo, a programação de viagem para a menina ir até ao país onde a mesma irá acontecer ou a contratar e, eventualmente, trazer a Portugal alguém para realizar a mesma em meninas aqui residentes, são, só por si, punidos com pena de prisão até 3 anos. (Assembleia da República, 2015 pp. 5375-5377)

O crime de MGF tem natureza pública, o que significa que qualquer pessoa o pode denunciar às autoridades. A existência de casos que possam indicar uma possibilidade de a prática de MGF vir a acontecer é suficiente para se agir e impõe-se uma atitude para se evitar danos à integridade física, psicológica e emocional destas meninas/mulheres.

Desta forma, mesmo não tendo sido concretizada a prática, nem se esteja na iminência de o ser, desde que haja uma razão para se acreditar que alguma menina corre perigo, designadamente quando está inserida numa comunidade onde a MGF é aceite e realizada, e os seus progenitores se mostram compassivos com a mesma, deve a situação ser sinalizada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), para que se possam tomar medidas que impeçam esta prática nefasta (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2020).

A educação é outra das perspetivas em que se deve apostar. A importância de dar a conhecer o que é a MGF e, principalmente, fazer saber quais as suas graves consequências para a saúde física e psicológica das meninas e mulheres, ao público em geral.

¹ Aditado pela Lei nº 83/2015 de 05-08-2015, Artigo 1.º - Aditamento ao Código Penal (Assembleia da República, 2015).

O Estado Português, em 2009, desenvolveu o I Programa de Ação para a Eliminação da MGF, onde declarou os direitos das mulheres e crianças, no que diz respeito “à integridade física, à saúde, à não sujeição a nenhuma forma de tortura e/ou tratamento cruel” (Grupo de Trabalho Intersectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009, p. 20).

Em 2013, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 foi apresentado o III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina, o qual foi introduzido no V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (2014-2017), identificando a MGF como uma forma de violência de género (Conselho de Ministros, 2013). Este programa visa o aumento da formação e capacitação dos profissionais, como uma das medidas fundamentais na eliminação da MGF (DGS, 2012a; Lisboa, et al., 2015; CIG, 2016).

Na sequência dos programas supracitados a DGS (2012a) emitiu a Orientação para Profissionais de Saúde sobre Mutilação Genital Feminina n.º 005/2012, na qual aponta um conjunto de orientações técnicas para os profissionais de saúde. No entanto, na Orientação 8/2021, da DGS, o Enfermeiro Obstetra foi considerado o profissional de saúde que desempenha um papel fundamental na identificação, orientação e prevenção de práticas de MGF. Também passou a incluir na Plataforma de Dados em Saúde um campo para o registo dos casos de MGF, com o objetivo de conhecer e caracterizar a proporção desta realidade em Portugal (III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina 2014-2017, Conselho de Ministros, 2013, p. 7029).

A proteção específica das crianças está prevista na Lei n.º 147/99, a Lei de proteção de crianças e jovens em perigo, e pode ser aplicável em casos de MGF. Esta lei fornece um papel preventivo e protetor às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) no combate a situações que ponham em perigo a segurança, saúde, formação e educação, bem-estar e desenvolvimento integral de crianças e jovens.

Na identificação da Mutilação Genital Feminina como uma problemática crescente em Portugal, a Assembleia da República, emitiu a Resolução n.º 71/2010, de 19 de julho, na qual aconselhou reforçar o cumprimento dos quarto e quinto ODM (Objetivo de Desenvolvimento do Milénio), relativos à redução da mortalidade infantil e à melhoria da saúde sexual e reprodutiva. Posteriormente, em decorrência da ratificação da

Conferência de Istambul, por Portugal no ano de 2015, a MGF tornou-se um crime autónomo no CPP através da Lei nº 83/2015 (Assembleia da República, 2015).

A DGS, em 2015, lançou o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, o qual relaciona o aumento da probabilidade de mortalidade e morbilidade materna e infantil com a prática de MGF, admitindo que “as complicações associadas à mutilação podem ter um forte impacto na saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto” (DGS, 2015a, p. 50). Desta forma, a DGS (2015a, p. 51) comprova a necessidade de os profissionais de saúde intervirem “assertivamente neste período da vida da mulher”, emitindo um conjunto de recomendações e intervenções a efetuar na preconceção, na gravidez e no puerpério.

Em novembro de 2018, iniciou-se em Portugal o projeto “Práticas Saudáveis: Fim à Mutilação Genital Feminina”, que resultou de uma parceria entre o Alto Comissariado para as Migrações, a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Este projeto incluiu inicialmente os territórios das unidades de saúde pública de Almada-Seixal, Amadora, Arco Ribeirinho, Loures-Odivelas e Sintra, abrange atualmente também os territórios das USP de Cascais, Estuário do Tejo, Lisboa Central, Lisboa Ocidental e Oeiras e Lisboa Norte.

No âmbito da implementação de programas de promoção da igualdade, foi aprovada a *Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018/2030 – Portugal + Igual*, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, datada de 21 de maio. Esta estratégia estabelece como uma das suas orientações o combate às práticas tradicionais nefastas, nomeadamente a Mutilação Genital Feminina (MGF).

1.2. O Cuidar Transpessoal de Jean Watson na prática do Enfermeiro Obstetra

A teoria de Jean Watson sobre o cuidar configura-se como um modelo holístico de enfermagem, que enfatiza que uma intervenção consciente no âmbito do cuidado pode potenciar a cura e a integridade do indivíduo. Segundo Watson (2002), este modelo é caracterizado como “human care”, englobando um processo interativo e subjetivo. Este processo envolve a interação entre dois sujeitos — o Enfermeiro e o Cliente — que, de maneira mais ou menos consciente, entram em contato no domínio fenomenológico um do outro.

Inserido na Escola do Cuidar, este modelo fundamenta-se em diversas correntes filosóficas, incluindo a fenomenologia, o existencialismo e as ciências humanas, destacando dez fatores essenciais que orientam o cuidado de Watson (2002):

1. Desenvolvimento de um sistema de valores humanístico e altruísta;
2. Fomento à fé e esperança;
3. Cultivo da sensibilidade para consigo mesmo e para com os outros;
4. Estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança;
5. Promoção da expressão de emoções;
6. Aplicação sistemática do método científico na resolução de problemas e na tomada de decisões;
7. Incentivo à aprendizagem interpessoal;
8. Criação de um ambiente que sustente, proteja e corrija em termos mentais, físicos, socioculturais e espirituais;
9. Apoio na satisfação das necessidades humanas;
10. Reconhecimento das forças existenciais e fenomenológicas.

Conforme Watson (2002), todas as atividades relacionadas à enfermagem devem centrar-se no processo de cuidar, propondo tanto uma filosofia quanto uma ciência dos cuidados, que alia a racionalidade à sensibilidade. Para esta teórica, o objetivo primordial é promover a cura integral da pessoa em situação de doença, assegurando igualmente a satisfação do prestador de cuidados. Ao enfatizar a importância da comunicação, interação e conhecimento, Watson valoriza a capacidade do profissional de saúde em proporcionar o cuidado adequado e necessário ao cliente.

O cuidado transpessoal é a essência da enfermagem, um ideal moral que transcende a dimensão física e material, focando-se na intersubjetividade e na preservação da dignidade humana (Watson, 2002). Este modelo teórico enfatiza a relação entre quem cuida e quem é cuidado, um encontro autêntico que permite a partilha da experiência subjetiva e emocional. Através desta interação, o enfermeiro conecta-se com a alma da pessoa cuidada, promovendo a libertação de sentimentos e o restabelecimento da subjetividade. Este cuidado vai para além da mera prestação de serviços, envolvendo uma união espiritual em que ambos, enfermeiro e cliente, transcendem o seu "eu"(self), partilhando um espaço fenomenológico na de vida de cada um (ibidem).

A teoria de enfermagem de Watson é uma abordagem que permite "olhar" de forma mais nítida e mostra-se útil na resolução de problemas conceituais e empíricos na enfermagem, bem como nas ciências humanas, ajudando a visualizar fenômenos sob novas perspectivas. A prática de cuidados ao longo do ER esteve sustentada na Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson (2002), pois a sua preocupação central é "a procura de verdades ocultas e de novos critérios, desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença" (Watson, 2002, p. 8).

Neste contexto da prática de cuidados a Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson (Watson, 2002) é utilizada como lente teórica para analisar as experiências dos enfermeiros obstetras no cuidado de mulheres e famílias com MGF.

A escolha desta teoria justifica-se pela sua ênfase na relação enfermeiro-cliente, na promoção do bem-estar holístico e na importância do cuidado transpessoal, elementos cruciais para compreender a complexidade do cuidado prestado a uma população vulnerável que vivencia a MGF. Watson (2002) destaca que o desafio atual da enfermagem é mover-se além do objetivável, dedicando-se ao significado e à investigação da área da experiência humana, preservando sempre o contexto humano.

A comunicação empática e a relação de confiança, enfatizadas por Watson, são fundamentais para que o enfermeiro compreenda o campo fenomenológico da pessoa em cuidados e desenvolva intervenções adaptadas às suas necessidades específicas. Segundo Watson (2002), o objetivo proposto pela enfermagem é "ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma" (p. 30).

Os dez fatores característicos do cuidar propostos por Watson fornecem um conceito robusto para a interpretação dos dados recolhidos neste estudo, permitindo uma análise profunda das práticas e desafios enfrentados pelos enfermeiros neste contexto. A totalidade da experiência humana, conforme descrita por Watson, constitui um campo fenomenológico que deve ser conhecido pela própria pessoa e que inclui a consciência, percepções, sentimentos e crenças — aspetos que são particularmente relevantes no cuidado das mulheres e famílias que passaram pela prática da MGF.

Pautei o desenvolvimento de competências específicas de Mestre e EEESMO à luz do cuidar de Jean Watson nos diversos contextos clínicos de aprendizagem.

2. Metodologia e processo de trabalho

Este capítulo explora a metodologia para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (2º ciclo), analisando a temática de estudo, os resultados da investigação e as implicações éticas.

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é essencial na atuação do EEESMO na sua prática de cuidados, porque promove a eficácia dos resultados em saúde, a diminuição de custos e o aumento da satisfação dos clientes (OE, 2021; ICM, 2019).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) que incluem a capacidade de interpretar, organizar e disseminar os resultados de investigação que visem o avanço da enfermagem (D2.2.4, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

O grau de mestre, exige a realização de atividades de formação e investigação fundamentadas na prática, contribuindo para um desenvolvimento profissional de excelência (Artigo 15º, Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006, p. 4163).

Neste sentido, será abordado neste capítulo o planeamento de: revisão de *scoping*; o estudo qualitativo; o desenvolvimento de competências clínicas e, por fim as considerações éticas.

2.1. Revisão *Scoping*

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 MGF, foi conduzida uma Revisão *Scoping* (RS), 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.

Os critérios de inclusão desta revisão abrangeram estudos primários e secundários (quantitativos, qualitativos e mistos), artigos de opinião e *guidelines*, publicados entre 2014 e outubro de 2024, em inglês, espanhol ou português, relativos a Enfermeiros Obstetras e enfermeiros que trabalhem na área da saúde sexual e

reprodutiva da mulher; mulheres e/ou famílias vítimas de MGF. O critério de exclusão consistiu na indisponibilidade do texto completo do artigo.

A estratégia de pesquisa, baseada nas recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI), seguiu três etapas. Inicialmente, procedeu-se a uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Academic Search Complete, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search. Seguiu-se uma análise dos títulos, resumos e palavras-chave, identificando termos de linguagem natural e termos indexados. A segunda etapa consistiu numa pesquisa bibliográfica nas mesmas bases de dados, utilizando os termos naturais e descritores indexados, combinados com o operador booleano “OR” e “AND” para os termos do quadro PCC. Na terceira etapa, selecionaram-se os estudos que cumpriam os critérios de inclusão, processo detalhado no fluxograma PRISMA (Figura 1 do Apêndice I). Finalmente, elaborou-se um instrumento para a extração de dados, resumindo os resultados de acordo com os objetivos e questões da RS, seguindo a metodologia de Peters et al. (2020) no âmbito do JBI. Uma descrição detalhada deste processo encontra-se no Apêndice I.

Os resultados da revisão sistemática serão utilizados para sustentar a discussão dos achados na fase subsequente desta investigação (subcapítulo 3.1).

2.2. Estudo qualitativo: “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da família com Mutilação Genital Feminina”

A MGF é um fenómeno social que transcende fronteiras geográficas e temporais, envolvendo diversas comunidades, culturas e religiões. A necessidade de compreender esta prática justifica a realização deste estudo de investigação exploratório e descritivo de abordagem qualitativa (Gonçalves et al, 2021). No sentido de responder à questão “Qual a experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da família com Mutilação Genital Feminina?” delineei como objetivos: (1) - Aprofundar conhecimentos sobre a temática da MGF; (2) -Descrever as experiências dos enfermeiros no cuidado das famílias/ mulheres com MGF; (3) - Identificar nos enfermeiros obstetras, quais os fatores influenciadores da prestação de cuidados à mulher / família com MGF ou em risco; (4) -Promover a reflexão dos enfermeiros sobre a importância da formação no cuidar na área da MGF.

A escolha deste desenho metodológico revelou-se a mais apropriada para a análise aprofundada das experiências dos Enfermeiros Obstetras no cuidado às mulheres

e famílias com MGF. A pesquisa exploratória possibilita a análise do tema sob diferentes perspectivas e, em geral, envolve a revisão bibliográfica e entrevistas com pessoas que possuem experiências práticas relacionadas com o problema em questão. Por sua vez, os estudos descritivos são caracterizados pela descrição dos factos observados, sem a intervenção do investigador, e têm como objetivo depor as características de uma determinada população ou fenómeno (Gonçalves et al, 2021).

Como instrumento de recolha de dados privilegiei a entrevista que consiste na obtenção de informações de um entrevistado sobre um determinado tema ou problema. As entrevistas semiestruturadas constituem uma abordagem metodológica que incorpora perguntas abertas e fechadas, proporcionando ao entrevistado a oportunidade de descrever as suas experiências e vivências relacionadas com o tema em análise. O investigador pode seguir um conjunto de questões previamente definidas; no entanto, é crucial que estas sejam enquadradas num contexto que se assemelhe a uma conversa informal. Este tipo de entrevista é particularmente útil quando se pretende delimitar a extensão das informações recolhidas, direcionando as discussões para o tema central, de forma a garantir que os objetivos da investigação sejam alcançados (Vilelas, 2022).

Na elaboração do guião da entrevista semiestruturada (Apêndice II), foram integrados alguns dos resultados obtidos na RS. O guião da entrevista apresenta 3 questões que visam compreender as experiências dos Enfermeiros Obstetras relativamente a prática de MGF.

Os participantes foram EEESMOs que já cuidaram na sua prática clínica de mulheres/famílias sujeitas à da prática de Mutilação Genital Feminina, exerciam as suas funções num Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo. A seleção foi realizada de forma intencional, de acordo com os critérios de inclusão: enfermeiros obstetras e enfermeiros que trabalhem na área da saúde sexual e reprodutiva da mulher; com experiência em cuidar de mulheres e/ou famílias com MGF e aceitem participar no estudo. Gonçalves et al. (2021) definem os participantes como indivíduos que contribuem para a produção dados para a pesquisa através da sua participação ativa em diferentes métodos de colheita de dados qualitativos, revelando a importância da sua contribuição para a produção de conhecimento científico.

Participaram dez indivíduos, todos os quais preencheram o consentimento informado e autorizaram a gravação e utilização dos dados fornecidos para fins

acadêmicos e científicos. Foram realizadas dez entrevistas entre 15 de abril de 2024 e 28 de julho de 2024, o que permitiu a gravação das entrevistas para posterior transcrição e análise do conteúdo.

O tratamento e análise dos dados foi conduzida utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, considerada um método sistemático e rigoroso (Costa & Amado, 2018; Brandão et al., 2021). A análise qualitativa de dados pode ser definida como o processo que busca dar sentido à experiência humana, reduzindo a complexidade, identificando padrões e conferindo significado a grandes quantidades de informação (Brandão et al., 2021).

Cada entrevista foi identificada de forma sequencial, variando de Entrevista 1 (E1) a Entrevista 10 (E10), com uma duração média de 40 minutos.

Uma metodologia qualitativa que permite uma discussão estruturada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, culminando numa interpretação que considera as especificidades do contexto português. Na primeira fase do processo, ocorreu a pré-análise, que pode ser caracterizada como a fase de organização dos dados (Bardin, 2018). Todas as entrevistas foram transcritas e, de seguida, realizou-se uma leitura flutuante (Bardin, 2018), que possibilitou a identificação dos temas emergentes: Experiências e Sugestões dos Enfermeiros Obstetras.

A fase seguinte, referida por Bardin (2018) como exploração do material, consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, de acordo com regras previamente definidas. Neste contexto, foram selecionadas as unidades de codificação através do recorte de frases e palavras, que foram posteriormente agrupadas por temas e organizadas em 9 categorias.

2.3. Desenvolvimento de competências clínicas

A Prática Baseada em Evidências (PBE) consiste na avaliação, interpretação e aplicação das informações das evidências científicas mais atuais. Assegurando a integração das melhores evidências disponíveis com a experiência clínica e as preferências dos clientes. Permitindo que os profissionais de saúde realizem escolhas informadas no cuidado que prestam (Dang et al., 2022).

A enfermagem, na sua dimensão científica, dedica-se à criação contínua de conhecimento sobre o indivíduo, o seu contexto, a saúde e os cuidados de enfermagem,

bem como as relações que os interligam (Fortin, 2016).

A evolução das ciências da saúde é fundamental para a atualização profissional, exigindo a aquisição de novas práticas e conhecimentos com base em evidências científicas atuais, visando uma melhoria dos cuidados prestados. A investigação científica, caracterizada por um rigor metodológico, implica a formulação de hipóteses, a utilização de métodos adequados, a análise crítica e a divulgação transparente dos resultados, com o intuito de responder a questões específicas ou resolver problemas (Coutinho, 2021).

Este requisito é fortalecido pelas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), que sublinham a necessidade de desenvolvimento profissional contínuo, incluindo a investigação, para assegurar uma prática que se baseie num conhecimento robusto e atualizado.

Neste sentido baseio o desenvolvimento do processo de aprendizagem, na tomada de decisão fundamentada na evidência científica atualizada, na reflexão sobre as práticas e situações clínicas, bem como na divulgação e partilha de experiências sobre a temática em estudo e outras que se considerem pertinentes.

A prática de cuidados ao longo do ER esteve sustentada na Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson (2002).

2.4. Considerações éticas

No exercício da minha prática durante o ER baseada pela evidência científica, tive em consideração o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018), respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Cumpri os princípios da beneficência e não maleficência, fidelidade e responsabilidade, integridade, justiça, bem como o respeito pela dignidade humana e os seus direitos fundamentais, preservando a vida humana e a obtenção de consentimento informado livre e esclarecido em todas as intervenções do meu cuidar (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Este enfoque contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao grau de Mestre e EEESMO.

Relativamente aos participantes do estudo, todos procederam à assinatura Consentimento Informado (Apêndice III) antes do início da sua participação, foi enfatizado que teriam a liberdade de desistir do estudo em qualquer fase, sem qualquer consequência ou necessidade de justificar a decisão. Adicionalmente, foi assegurado que a recolha de dados seria realizada com rigor em termos de confidencialidade, sendo todos os dados devidamente codificados e utilizados exclusivamente para fins de análise do seu conteúdo.

Para assegurar a qualidade e a regularidade da investigação, solicitei o parecer à Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo, o qual foi deferido (Anexo II).

3. Apresentação e Discussão de Resultados

Este capítulo apresenta os principais resultados e a sua discussão, utilizando como estrutura norteadora os objetivos do estudo. Será também descrito, num formato crítico e reflexivo, o percurso de aquisição de competências de Mestre e de EEESMO. Por último farei referência a outras atividades relevantes desenvolvidas no decurso do meu processo académico.

3.1. Revisão *Scoping* (RS)

A pesquisa inicial nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE* e *Academic Search Complete* resultou na identificação de 144 artigos. Após a remoção de duplicados, restaram 110 artigos. 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 RS, obtendo-se um total final de 5 artigos elegíveis para análise e foram publicados na Austrália (3), Malta (1) e Suécia (1), produzidos entre 2015 e 2022. Este processo de seleção encontra-se detalhado no fluxograma PRISMA (Apêndice I).

Os artigos analisados proporcionam uma investigação aprofundada sobre as experiências e perceções de enfermeiros obstetras e parteiras no cuidado a mulheres com MGF. Os resultados revelam que estes profissionais de saúde enfrentam diversas barreiras que dificultam a prestação de cuidados adequados a esta população vulnerável. Dentre as principais dificuldades identificadas, destaca-se a falta de formação específica sobre a MGF, a qual é essencial para que os enfermeiros e parteiras compreendam as complexidades e nuances associadas a esta prática cultural (Bajada & Spiteri, 2022; Boison, 2021; Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

Adicionalmente, verifica-se que os estigmas sociais e as limitações culturais, frequentemente presentes nos contextos em que estes profissionais exercem a sua prática, comprometem a comunicação e a confiança entre as mulheres e a sua família. Estas barreiras afetam a qualidade do cuidado (Bajada & Spiteri, 2022; Boison, 2021; Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

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).

Em suma, os resultados obtidos indicam que a formação adequada e a construção de um ambiente acolhedor são elementos cruciais para que os enfermeiros obstetras e parteiras possam oferecer um cuidado empático e holístico às mulheres e sua família.

A RS foi elaborada sob a forma de artigo e está disponível no Apêndice I.

3.2. Estudo qualitativo: “A Experiência do Enfermeiro Obstetra no Cuidar da família com Mutilação Genital Feminina”

A média de idade dos participantes foi de 40,9 com idades variando entre 39 e 63 anos, e um desvio padrão de 7,71. É importante salientar que a totalidade dos participantes eram EEESMOs do sexo feminino. A média do tempo de exercício das funções como EEESMO entre os participantes foi de 13,3 anos, refletindo uma experiência substancial na área. Apresentando um desvio padrão dos anos de experiência dos participantes de aproximadamente 6,87 anos.

A análise de conteúdo de Bardin (2018) das dez entrevistas a Enfermeiros Obstetras, entre 15 de abril de 2024 e 28 de julho de 2024, sobre as suas experiências no cuidado a mulheres e famílias com Mutilação Genital Feminina (MGF). Esta fase interpretativa permitiu construir uma narrativa significativa sobre a experiência dos enfermeiros obstetras, tendo sido fundamentada na literatura científica e no enquadramento teórico apresentado. Este processo de tratamento dos resultados foi crucial para extrair conclusões, permitindo uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo.

Foi realizada uma representação simplificada dos dados. O relatório completo desta análise encontra-se disponível no Apêndice IV.

A análise desenvolvida, permitiu a identificação de 2 temas, 9 categorias e 25 subcategorias. Como podemos visualizar na Tabela 1.

Tabela 2. Temas, Categorias e Subcategorias obtidas na Análise de Conteúdo de Bardin das entrevistas.

Temas	Categorias	Subcategorias
Experiência dos Enfermeiros Obstetras	Conhecimentos relativos à MGF	Definição/conceito
		Prevalência
		Identificação e Classificação dos tipos
	Comunicação	Dificuldade abordar mulher e/ou parceiro
		Barreira linguística /cultural
		Recusa da mulher/ companheiro em falar
	Relação terapêutica	Adequação da linguagem
		Aceitação (capacidade de não julgar)
	Continuidade de cuidados	Referenciação / Sinalização
		Falta de conhecimentos
		Articulação com a comunidade
		Enfermeiro de referência
	Crenças dos profissionais	Práticas culturais: violência/normalidade
		Desinteresse dos profissionais
	Prevenção da MGF	Preocupação com o nascimento de RN de sexo feminino
		Incluir o parceiro/companheiro
Dificuldades dos profissionais	Diagnóstico /identificação dos tipos de MGF	
	Desconforto no Cuidar	
	Internamento curto	
Sugestões dos Enfermeiros Obstetras	Intervenção na comunidade	Enfermeiro de ligação com a comunidade
		Envolver grupos de risco
		Cuidados de saúde primários/ saúde escolar
	Formação	Cursos de licenciatura e cursos de especialidade em Enfermagem
		Formação em serviço
		População e meios de comunicação à comunidade

A análise focou-se na compreensão das experiências dos enfermeiros, tendo como lente teórica a Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson (2002). Identificou-se dois temas principais que refletem as experiências centrais dos enfermeiros obstetras:

- **Experiência dos Enfermeiros Obstetras:** Este tema engloba a compreensão dos enfermeiros sobre a MGF, incluindo a sua definição; prevalência; classificação e tipos; os desafios na comunicação; a construção da relação terapêutica; os cuidados prestados e as implicações para a saúde da mulher. As dificuldades na abordagem das mulheres e famílias demonstram a necessidade de uma formação específica para preparar os enfermeiros para lidar com as barreiras linguísticas e culturais, bem como para criar ambientes de cura que promovam um cuidado

holístico (Watson, 2002). A diversidade de respostas, desde a percepção da MGF como uma prática nefasta e violenta até à sua apresentação como um ritual cultural, evidencia a complexidade do conhecimento prévio dos profissionais sobre o tema. Esta diversidade de perspectivas sublinha a importância de uma formação adequada e atualizada para estes profissionais, na medida em que a falta de conhecimentos podem dificultar a implementação de um cuidado holístico.

- **Sugestões dos Enfermeiros Obstetras:** O tema explora as necessidades sentidas e as sugestões apresentadas pelos enfermeiros obstetras, focando-se nas necessidades de formação, no suporte necessário e nas intervenções comunitárias. A ênfase na necessidade de formação específica sobre a MGF reforça a importância da promoção do cuidado transpessoal e na capacidade do enfermeiro em prestar cuidados culturalmente sensíveis.

Cada tema é subdividido em categorias e subcategorias que detalham aspetos específicos de cada tema. A tabela apresenta o número de unidades de registo (frases e parágrafos das entrevistas) que contribuíram para cada categoria e subcategoria, permitindo uma análise da frequência e da importância de cada tema. Esta estrutura analítica permitiu extrair *insights* relevantes para compreender as práticas e os desafios dos enfermeiros obstetras, permitindo uma profunda compreensão das suas experiências.

Para analisar a categoria **Conhecimento relativos à MGF**, os dados revelam uma compreensão variada sobre a definição/conceito de MGF entre os enfermeiros. Enquanto alguns a definem como "corte/mutilação do órgão genital feminino" (E1, E2, E5, E6), destacando os riscos à saúde física e mental da mulher (E8), outros a contextualizam em termos culturais e religiosos (E2, E9). A frase "...por razões culturais, tribais talvez..." (E2) destaca a complexidade desta prática, que vai além da simples violência física, envolvendo também aspetos socioculturais profundamente enraizados (Ogunsiji, 2016).

Em relação à Teoria de Watson, esta diversidade de perspectivas ilustra a importância do cuidado transpessoal que considera as várias dimensões do ser humano. A falta de uma compreensão holística sobre as consequências da MGF pode dificultar a implementação de um cuidado centrado na mulher e na sua integridade física, emocional e espiritual. A percepção de alguns enfermeiros sobre a MGF como um "ritual cultural"

evidencia a necessidade de integrar uma abordagem culturalmente sensível, sem desvalorizar o sofrimento físico e psicológico infligido (Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

A prevalência da MGF em Portugal emerge como uma subcategoria "...este número está mais elevado em Portugal, mas não sei números exatos..." (E1); "Sobre a prevalência não sei dados..." (E2). Apesar da percepção geral de uma prevalência significativa, a falta de dados precisos reflete uma carência em sistemas de vigilância e de registos consistentes. A afirmação "...é mais prevalente do que aquilo que eventualmente se possa imaginar..." (E6) sugere uma subnotificação que poderá estar relacionada a fatores como a ocultação da prática por parte das mulheres, a falta de conhecimentos por parte de profissionais de saúde e a dificuldade em identificar a MGF.

A dificuldade em identificar e classificar os tipos de MGF representa outro desafio significativo. A maioria dos enfermeiros reconhece as dificuldades na identificação dos tipos I e II "...o tipo I e II são os mais difíceis para mim..." (E1); "o tipo I é muito difícil..." (E2), enquanto a infibulação (tipo III) é mais facilmente identificável. A menção de que a MGF é frequentemente realizada na infância "...pelo que sei é feito ainda em criança..." (E3) explica a dificuldade em identificar as alterações na vulva de mulheres adultas. Tal como o enunciado nos estudos de Bajada & Spiteri (2022); Dawson (2015); Ogunsiji (2016) e Turkmani (2018).

A categoria **Comunicação** engloba as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na abordagem às mulheres e/ou parceiros sobre a MGF. As unidades de registo demonstram uma preocupação recorrente com a forma de abordar o tema "... a maior preocupação, lidar com a mulher/parceiro nesta situação, como abordar..." (E1), especialmente no contexto específico do parto. A dificuldade em iniciar a conversa, sentida por vários enfermeiros, pode ser interpretada à luz da teoria de Watson como um obstáculo à construção da relação terapêutica e ao desenvolvimento da confiança, pilares do cuidado transpessoal (Watson,2002). A falta de tempo e a pressão do contexto do parto exacerbam esta dificuldade "O mais difícil é falarmos com elas neste momento em específico, durante o parto ou TP" (E2).

As subcategorias "Barreira linguística/cultural" e "Recusa da mulher/companheiro em falar" acentuam estes desafios. A linguagem "...aqueles palavras específicas como "cerimónia" ou "fanado" ..." (E1) e a sensibilidade cultural são cruciais na construção de uma comunicação eficaz que respeite as crenças e valores das famílias. A recusa em falar,

frequentemente motivada pelo medo e pelo estigma associado à MGF, revela a necessidade de criar um ambiente seguro e de confiança, onde as mulheres se sintam confortáveis para partilhar as suas experiências. Como descrito no estudo de Boison (2021); Dawson (2015) e Ogunsiji (2016).

A categoria **Relação empática**, intimamente ligada à comunicação, destaca a importância da adequação da linguagem na construção da relação enfermeiro-cliente. A procura por termos apropriados "...uma linguagem acessível..." (E2), como "corte" ou "fanado", em vez de "mutilação", indica uma tentativa de se aproximar das pacientes de forma respeitosa e compreensiva. Esta preocupação demonstra a procura de uma relação carinhosa e de confiança preconizada por Watson (2002). No entanto, a falta de tempo e o contexto hospitalar "...é um contexto muito rápido, a nossa prestação de cuidados é num período muito curto..." (E3) podem dificultar a construção desta relação. Este fator, frequentemente mencionado, destaca a necessidade de estruturar o cuidado para que o enfermeiro possa construir uma relação terapêutica, alinhada com o cuidar transpessoal, mesmo num curto período.

Na subcategoria "Intervenções no Cuidado à Mulher e Família" os enfermeiros demonstram uma preocupação em proporcionar cuidados holísticos "...cuidar dela como um todo..." (E7), para além da questão da MGF. A ênfase no acolhimento, na escuta e no apoio à mulher "...nós estamos disponíveis para as apoiar e ouvir..." (E1) revela a intenção de oferecer um cuidado centrado na mulher, e que considera as suas necessidades físicas e psicológicas. A frase "...a mulher foi vítima de uma violência...quero que ela se sinta acolhida..." (E2) ilustra a perceção da MGF como uma violação e a importância de oferecer um cuidado que reconheça e respeite esse trauma. Esta abordagem demonstra a tentativa de implementar os princípios do cuidado transpessoal de Watson (2002).

A **Continuidade de Cuidados**, uma categoria que demonstra a importância da referência e da sinalização, revelando a necessidade de um sistema de acompanhamento mais abrangente. A preocupação com a sinalização adequada "...o meu papel passa pela identificação e sinalização..." (E2) destaca a responsabilidade dos enfermeiros na deteção e no encaminhamento dos casos. No entanto, a falta de conhecimento e a passagem despercebida de casos "...passou completamente despercebida..." (E7) salientam a necessidade de uma formação contínua e a importância da articulação entre diferentes serviços de saúde para garantir a continuidade dos

cuidados. A limitação do tempo de internamento também é um fator que afeta a continuidade de cuidados, dificultando uma avaliação adequada e um acompanhamento a longo prazo. Estes resultados são concordantes com as conclusões de Bajada & Spiteri (2022); Dawson (2015); Ogunsiji (2016) e Turkmani (2018).

Relativamente a categoria **Crenças dos Profissionais** que explora as perspetivas e crenças dos enfermeiros sobre a MGF. Há uma variedade de opiniões, desde a perceção da MGF como um problema cultural profundamente enraizado "...esta violência está tão enraizada nesta cultura..." (E2) até à sua consideração como uma violência que necessita de intervenção "...é uma prática nefasta, uma violência atual..." (E3). A frase "...eu achava que esta violência pouco existia em Portugal..." (E2) demonstra a necessidade de maior conhecimento e sensibilização sobre a prevalência e impacto da MGF. A atitude de alguns enfermeiros "...nós não vamos resolver nada, é de acordo com a vontade delas..." (E5) pode refletir uma sensação de impotência ou falta de recursos para lidar com esta realidade complexa. Este aspeto destaca a necessidade de suporte e formação aos enfermeiros, para que possam enfrentar este desafio com mais confiança (Bajada & Spiteri, 2022; Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

Na **Prevenção da MGF** é evidenciado a preocupação dos enfermeiros com a prevenção da MGF em futuras gerações. A atenção à saúde das meninas recém-nascidas "...proteger a saúde destas meninas que vão nascer..." (E8) demonstra a sensibilidade para a prevenção e o objetivo de interromper o ciclo de violência. A inclusão dos parceiros "...é importante tentar falar também com o parceiro!..." (E5) e o apelo a intervenções na comunidade "o principal trabalho a este nível deveria ser feito na comunidade..." (E8) demonstram uma abordagem holística e pragmática.

A subcategoria "Incluir o parceiro/companheiro", revela a perceção dos enfermeiros obstetras sobre a importância da participação masculina na prevenção da MGF. As unidades de registo demonstram que os enfermeiros reconhecem a importância de envolver os parceiros no processo de prevenção da MGF. A frase "...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..." (E5) evidencia a perceção da influência dos homens nas decisões familiares e a necessidade de os integrar na mudança de comportamentos. A inclusão do parceiro é apresentada como uma estratégia crucial para a prevenção, pela sua capacidade de influenciar as atitudes e

crenças em relação à MGF. Neste sentido, os autores Dawson (2015) e Ogunsiji (2016) também mencionaram à inclusão do parceiro no processo de cuidar e na prevenção da MGF.

A frase "...abordaria também o companheiro da mulher...para não realizar este tipo de violência na filha..." (E7) evidencia a preocupação com a prevenção de futuras situações de MGF e a perspectiva de interromper a transmissão intergeracional desta prática. A inclusão do parceiro é, portanto, apresentada como uma intervenção preventiva que considera a dinâmica familiar e as relações no seio da família (Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016).

A menção à importância de perceber "...que tipo de relação esta pessoa tem com o seu parceiro, para ver se se não se encontra anulada, violentada..." (E8) destaca a dimensão de avaliar o contexto relacional da mulher. Esta avaliação é crucial para implementar um cuidado transpessoal e holístico, que considere a mulher na sua totalidade, respeitando a sua autonomia e dignidade. A motivação do casal para prevenir a MGF na sua filha "...motivar a mulher e o companheiro...para não prevalecer com esta violência na sua filha..."(E9) é apresentada como um elemento-chave para uma mudança efetiva.

Em suma, a subcategoria "Incluir o parceiro/companheiro" reflete uma perspectiva holística e pragmática para a prevenção da MGF, que considera a importância da dinâmica familiar e da participação masculina na mudança de atitudes e comportamentos perante a prática da MGF (Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016).

As dificuldades sentidas pelos enfermeiros no diagnóstico, no cuidado e na relação com as famílias é abordada nesta categoria. A dificuldade em identificar a MGF "Não é fácil, os mais exuberantes sim...há ali qualquer coisa que não está bem na vulva..." (E3), especialmente em casos menos evidentes, reforça a necessidade de formação específica. O desconforto pessoal "...como enfermeira e mulher é difícil lidar com esta situação..." (E4) demonstra o impacto emocional do confronto com esta prática violenta e a necessidade de suporte psicológico aos profissionais (Boison, 2021).

A análise do tema **Sugestões dos Enfermeiros Obstetras** revela as propostas dos profissionais para melhorar o cuidado e a prevenção da MGF. As categorias centram-se na **Intervenção na Comunidade** (enfermeiro de ligação, ações de sensibilização); no **envolvimento de grupos de risco** (escolas, cuidados de saúde primários) e na **Formação**

dos profissionais. Tal como evidenciado por Dawson (2015); Ogunsiji (2016) e Turkmani (2018).

A categoria **Intervenção da Comunidade** engloba as sugestões relacionadas com ações e intervenções dirigidas à comunidade.

Na subcategoria “Enfermeiro de Ligação com a Comunidade”, a necessidade de um elo entre os serviços de saúde e a comunidade "...um enfermeiro de ligação com a pessoa da comunidade." (E4) surge como uma proposta central. Esta sugestão destaca a importância de uma abordagem holística que considera as necessidades culturais e sociais das famílias, aproximando os serviços de saúde da comunidade e facilitando o acesso a informações e cuidados na comunidade (Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

A necessidade de ações de sensibilização dirigidas à comunidade na subcategoria “Envolver Grupos de Risco”, nomeadamente nas escolas e cuidados de saúde primários "...é importante falar e agir junto destas comunidades, desde a escola até aos cuidados de saúde primários" (E1) revela a importância da sensibilização precoce e da prevenção de futuras práticas de MGF junto das comunidades em risco (Dawson,2015).

A integração da temática da MGF nos cuidados de saúde primários e na saúde escolar "...a sensibilização das mulheres nas consultas de vigilância da gravidez..." (E5) é apresentada como uma estratégia crucial para a deteção precoce e para a prevenção. Esta abordagem preventiva contribui para a promoção da saúde a longo prazo, deteção precoce e a educação para a saúde num cuidado holístico (Watson,2002).

A categoria **Formação** refere-se às sugestões relacionadas com a formação e o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros obstetras.

Na subcategoria “Cursos de licenciatura e cursos de especialidade em Enfermagem”: a inclusão da temática da MGF nos currículos de enfermagem "...incluir mais a temática da MGF nas escolas, nos alunos de enfermagem."(E6) é essencial para preparar os enfermeiros para lidar com este desafio no cuidado à mulher e família com MGF, na medida em que os enfermeiros obstetras possam prestar um cuidado mais consciente, atento e holístico às famílias afetadas por esta prática.

A importância da formação em serviço "...muito importante a formação em serviço..." (E1) e a discussão em equipa sobre a MGF "...é um tema interessante para ser falado e partilhado, discutido em equipa."(E3) demonstram a necessidade de atualização de

conhecimentos e de discussão das práticas na equipa. Esta proposta reforça a necessidade de apoio contínuo e de desenvolvimento profissional (Bajada & Spiteri, 2022; Boison, 2021; Dawson, 2015; Ogunsiji, 2016; Turkmani, 2018).

Na subcategoria “População e Meios de Comunicação à Comunidade” a sensibilização da população em geral através de campanhas de comunicação “...não vê em anúncios, cartazes, publicidade o tema da MGF!...” (E3) demonstra a necessidade de uma abordagem mais ampla que envolva a comunidade. Esta proposta contribui para criar um ambiente de maior consciência sobre o impacto da MGF.

Portanto, as sugestões dos enfermeiros obstetras revelam uma preocupação com uma abordagem multidisciplinar, holística e preventiva para o cuidado das famílias com MGF. Estas propostas refletem a necessidade de intervenções que se alinham com os princípios do Cuidar Transpessoal de Watson (2002), focando-se na formação, no apoio aos profissionais, na sensibilização da comunidade e na partilha de informações para uma intervenção mais eficaz. As sugestões demonstram uma preocupação com o bem-estar integral das famílias, integrando aspetos físicos, psicológicos, sociais e culturais.

Em conclusão, este estudo evidencia a complexidade do cuidado a mulheres e famílias com MGF, exigindo intervenções heterogéneas que integrem formação específica, sistemas de registo eficazes e uma abordagem de comunicação culturalmente sensível, alinhada com os princípios do Cuidar Transpessoal de Watson (2002). Investigações futuras deverão focar-se no desenvolvimento e implementação de intervenções que promovam a saúde e o bem-estar das mulheres e famílias, prevenindo a perpetuação desta prática nociva.

3.3. Análise reflexiva do Percurso de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A aquisição de competências especializadas envolve a aquisição de aptidões específicas relacionadas a uma área de conhecimento, mas também abrange as competências gerais definidas para o Enfermeiro Especialista, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019b).

Estas competências englobam a promoção da saúde dos clientes e suas famílias; a orientação; o encaminhamento; a liderança e a responsabilidade por interpretar,

divulgar e conduzir investigações relevantes que impulsionem o desenvolvimento e a melhoria contínua na prática de enfermagem (OE, 2019b, p. 4744).

O perfil de competências específicas do EEESMO inclui um conjunto de competências clínicas especializadas descritas no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019a). Este regulamento enfatiza as intervenções autónomas do EEESMO no exercício da sua prática profissional, sublinhando a relevância de uma abordagem baseada em evidência científica e centrada no cliente. As diversas experiências foram fundamentadas na prática reflexiva e sustentadas tanto pela evidência científica quanto pela Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson (2002).

Neste capítulo, será efetuada uma análise crítica do percurso experienciado nos cinco contextos de aprendizagem, fundamentadas nas competências delineadas no Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a) e nas Essential Competencies for Midwifery Practice (ICM, 2019), apresentada por competências.

3.3.1. Cuidar a mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Nas consultas de planeamento familiar (PF) tive a oportunidade de cuidar da mulher nas diferentes fases do seu ciclo de vida sexual e reprodutivo. Inicialmente procurei estabelecer uma relação terapêutica de forma a realizar uma correta anamnese, para adequar a minha intervenção de forma individualizada e personalizada. Procurei informar e orientar sobre a sexualidade da mulher/família ao longo do ciclo de vida, atuando a nível da prevenção e diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis, assim como, sobre a vivência saudável da sua sexualidade. Tive em consideração os critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos, analisando a existência de fatores de risco, fatores sociais, estilos de vida e comportamentos e também, a preferência individual da mulher (DGS, 2015).

Pretendi ir de encontro ao que a mulher referia como preferência e auscultei as suas dúvidas e receios, incentivando a uma “decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional” (OE, 2019a,). Durante a consulta foi abordada a importância de uma atividade física regular e uma alimentação saudável e variada. O EEESMO proporciona um cuidado especializado, baseado no seu conhecimento diferenciado na educação para a saúde, supervisão e avaliação na área da

saúde reprodutiva e sexual, emergindo a importância de cuidar o outro de forma holística e permitindo a sua escolha livre e esclarecida.

Experienciei a oportunidade de realizar a colocação de seis implantes subcutâneos, informei sempre sobre o procedimento, solicitando o consentimento livre e esclarecido, proporcionei segurança e conforto. Realizei intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher (OE, 2019a), através do rastreio do cancro do colo do útero. De acordo com o Parecer n.º 141/2009, o EEESMO é “pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para assumir a responsabilidade pela realização da citologia como uma intervenção inserida no plano de cuidados de cada mulher” (OE, 2009, p.4). Este rastreio é realizado a todas as mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos, estava implementado o *SiiMA Rastreios*, realizado com a periodicidade de 5/5 anos.

As consultas de enfermagem, no âmbito da saúde sexual, pré-concepcional e reprodutiva da mulher, permitem planear e realizar o rastreio do cancro do colo do útero, contribuindo para a deteção, diagnóstico e tratamento precoce, promovendo a saúde e bem-estar das mulheres (OE, 2019a).

3.3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O primeiro contato da mulher grávida com os cuidados de enfermagem especializados ocorre nos Cuidados de Saúde Primários. Desta forma promovi um ambiente de compreensão e acolhimento e incentivei a expressão de sentimentos e colocação de dúvidas por parte da mulher/grávida/Casal (Torgal, 2016).

Para um planeamento de intervenções individualizadas e especializadas, efetuei uma avaliação inicial completa, incluindo os antecedentes de saúde (ginecológicos, obstétricos, cirúrgicos, história familiar e individual), avaliação física e dados antropométricos, avaliação de comportamentos e estilos de vida, registando toda a informação no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) (Competência 2.1 Regulamento nº 391, 2019).

Durante o estágio, para além do acolhimento e avaliação inicial, efetuei avaliação física e obstétrica completa, de acordo com as recomendações da OMS e DGS. Na monitorização de grávidas, avalei o bem-estar materno-fetal e promovi uma vivência

positiva da gravidez com recurso a estratégias de Educação para a saúde (EPS) (DGS, 2015a). Observei possíveis desvios da normalidade e desconfortos manifestados pelas grávidas/casal, adequando as intervenções de enfermagem e promovendo estratégias para minimizar os desconfortos referentes a cada trimestre (DGS,2015a). Informe sobre sinais de alerta (DGS, 2015a); discuti a importância do planeamento de um plano B em caso de dificuldades de acesso a serviços de saúde, devido à preocupação de algumas grávidas/casais com o fecho de algumas maternidades. Abordei também os direitos e apoios à maternidade e parentalidade. No 3º trimestre, continuei com a promoção de saúde e a vigilância, efetuando a referenciação para o hospital a partir das 36 semanas (DGS,2015a).

O empoderamento das grávidas/casais é do domínio de competências do EEESMO, através da realização de Programas de preparação para o parto e parentalidade (OE, 2019a) e recuperação pós-parto. Estes programas permitem à grávida/ casal viver a gravidez, o trabalho de parto, parto, puerpério e transição para a parentalidade de uma forma positiva. Enquanto futura EEESMO, a participação nestas sessões (OE, 2019a), permitiram-me ser capaz de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2019a, p.13562). Considero que foi uma aprendizagem muito enriquecedora, permitiu-me criar uma relação terapêutica com os casais, conhecendo os seus receios, ouvindo as suas dúvidas e expectativas de forma a conseguir implementar intervenções que visaram o empoderamento para uma vivência positiva da gravidez e /ou pós-parto (Competência 2.1.8 do Regulamento n.º 391/2019).

A experiência de internamento hospitalar durante a gravidez por risco clínico coloca a mulher numa situação de grande vulnerabilidade, com impacto na vivência da gravidez e nas suas expectativas em relação ao parto e à parentalidade. Este período gera um conjunto de emoções e mudanças que podem dificultar o processo de adaptação à nova condição parental. A grávida e a sua família enfrentam uma necessária reestruturação mental e física para lidar com a nova realidade imposta pelo internamento. O EEESMO tem uma intervenção fundamental neste contexto, através do diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde durante o período pré-natal e em situação de abortamento (OE, 2019a). Neste sentido, as competências de

comunicação e a construção de uma relação terapêutica com a grávida e a sua família são imprescindíveis para minimizar os sentimentos de ansiedade, prestei cuidados a várias grávidas internadas com patologias associadas ou coexistentes à gravidez, tais como: ameaça de parto pré-termo (APPT), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), rotura prematura de membranas (RPM), hipertensão arterial crónica e hipertensão arterial induzida pela gravidez (após as 20 semanas de gestação), diabetes gestacional (DG), pré-eclâmpsia (PE), hiperémese gravídica, perda hemática no segundo trimestre, grávidas internadas para indução do trabalho de parto e, ainda, em situações de perda gestacional. A minha prática foi sustentada pela teoria do cuidado, que preconiza um conhecimento profundo da mulher, através de uma anamnese pormenorizada, considerando os seus aspetos culturais e as suas crenças pessoais, para elaborar um plano de cuidados individualizado e baseado em evidências científicas, com o objetivo de assegurar o seu bem-estar físico e emocional (Swanson, 1991, 1993).

Um dos casos clínicos que mais me marcou foi o de uma grávida internada com diagnóstico de APPT às 30 semanas de gestação, devido a contratilidade uterina regular e dolorosa. Situação que exige adaptação e que gera naturalmente grande ansiedade devido ao risco de parto pré-termo. A ameaça de parto pré-termo (APPT), definida por contratilidade uterina regular com alterações cervicais antes das 37 semanas (Magro et al., citado por Néné et al., 2016).

A atuação como futura EEESMO permitiu desenvolver a competência 2.2 (OE, 2019a) através da individualização dos cuidados, do planeamento de intervenções especializadas e da promoção do autocuidado e do suporte emocional à grávida e à sua família.

Colaborar com outros profissionais no tratamento de mulheres com complicações da gravidez, mesmo com patologias associadas ou concomitantes (competência 2.3.4 – Regulamento n.º 391/2019), também fez parte da minha atuação, preparando a grávida para meios auxiliares de diagnóstico como a ecografia, aprofundando os meus conhecimentos através de pesquisa bibliográfica e participação na sua realização.

Outra patologia frequente durante o meu EC foi a hipertensão arterial (HTA) crónica, que requer internamento prolongado devido à necessidade de vigilância materno-fetal e onde considerei ter tido um papel mais interventivo na promoção da saúde mental da mulher, com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável (OE,

2019a). A gravidez pode levar ao aparecimento de HTA em mulheres que anteriormente não tinham esta patologia ou agravá-la em mulheres com HTA crônica, pré-existente à gravidez (Graça, 2017).

A gravidez, na sua maioria, é um momento de felicidade, vivido de forma saudável em família e no seu ambiente natural. Mas quando isso não acontece e estamos perante situações requerem um internamento hospitalar, colocam-se algumas questões, como: quais são as implicações para a saúde mental da mulher? O cansaço acumulado e a angústia de não saber o desfecho da situação clínica. Terá uma implicação direta na sua situação clínica? É necessário refletir para além dos valores analíticos e ecográficos, mas também na saúde mental e qual a sua influência no bem-estar materno-fetal. Acredito no corpo como um todo e que o foco do cuidar em enfermagem deve centrar-se no holístico e no cuidar transpessoal. De acordo com Lorenzo e Olza (2020), aceitar a experiência perinatal apenas como um ato médico, centrando os cuidados num modelo Biomédico, ignorando o processo biológico e a experiência multidimensional vivida pela mulher, leva-nos a uma desvalorização dos aspetos emocionais e psicológicos. O enfoque dos nossos cuidados não pode ser apenas os valores analíticos ou tratamento da sintomatologia física, cuidando e intervindo apenas com base em protocolos e rotinas de vigilância e monitorização da gravidez (Competência 2.1.7 do Regulamento n.º 391/2019).

A saúde mental deve ser também alvo dos cuidados especializados do EEESMO, requerendo a sua atenção e investimento. Nas recomendações da OMS, para uma experiência de parto e pós-natal positiva, desacata-se a promoção do bem-estar emocional, realçando os cuidados respeitadores, com dignidade, privacidade e confidencialidade, possibilitando escolhas informadas e esclarecidas por parte da grávida e/ou família (OMS,2018).

Durante o processo de cuidar, estabeleci uma relação terapêutica com a grávida/casal, transmitindo segurança e confiança. Promovendo o envolvimento da grávida/casal no processo de cuidados, de forma individualizada e holística. Solicitei sempre o consentimento informado para a realização das diferentes intervenções.

Realizei sessões de educação para a saúde individuais para a promoção do bem-estar da mulher e incentivei a realização de atividades de relaxamento para promover a diminuição da ansiedade e do medo, utilizando estratégias do cuidar com a música, aromaterapia, técnicas respiratórias de relaxamento; a leitura de revistas/livros,

recorrendo sempre que possível a Sala de Experiências Positivas existente no serviço (Lowdermilk, 2006).

Por vezes, durante a gravidez, é necessário realizar a indução do trabalho de parto (ITP), que consiste em induzir artificialmente a contratilidade uterina para iniciar o trabalho de parto, idealmente entre as 37 e as 41 semanas e 6 dias (Graça, 2017). A ITP implica riscos para a mãe e para o feto, devendo ser criteriosamente analisadas as suas indicações, tendo em conta os antecedentes obstétricos e ginecológicos maternos e os ganhos em saúde com a sua intervenção. São indicações para a indução do trabalho de parto “as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez” (Orientação nº 002/2015 da DGS, 2015, p.2). No cuidado à grávida/casal em ITP, procurei compreender os seus conhecimentos sobre o procedimento, esclarecendo dúvidas para que pudessem tomar decisões livres e esclarecidas (Competência 2.2.6 do Regulamento n.º 391/2019). Através da observação das queixas da grávida, perguntando a frequência, intensidade e duração das contrações, a sua tolerância à dor, avaliação do CTG e também pela observação física através do toque vaginal.

Durante este processo de ITP, foram identificados alguns desvios da normalidade, nomeadamente taquissístolia, desacelerações ou taquicardias fetais (perceptíveis através da monitorização CTG), situações que eram comunicadas à equipa médica (Competência 3.2.3 OE, 2019a). No cuidado à grávida em ITP, realizei um plano de cuidados individualizado, promovendo o bem-estar materno-fetal e informando sobre a evolução do trabalho de parto. Incentivei a utilização da Sala de Experiências Positivas, promovendo o uso da bola de *pilates*, técnicas de relaxamento como a aromaterapia, musicoterapia e hidroterapia como técnica de alívio da dor não farmacológica.

Vivenciei uma situação de morte fetal com a IG 26 semanas, foi uma situação difícil, senti necessidade de abstrair-me do meu preconceito e acolher aquela mulher, promovi a escuta ativa e demonstrei disponibilidade para estar (Competência 2.3.8 - OE, 2019a).

Tive necessidade de pesquisar sobre a comunicação em situação de morte fetal/apoio na vivência do luto, recorrendo a evidência científica disponível sobre esta temática, de modo a promover cuidados holísticos e especializados no cuidado à mulher/casal. O cuidado transpessoal de Watson (2002) diz respeito a uma relação entre o enfermeiro e o cliente, no qual ambos são influenciados um pelo outro. Cada pessoa tem a sua história de vida, um campo fenomenológico e, na ocasião do cuidar, partilham

aquele momento, que se torna em comum e são influenciados por cada partilha. Esse momento vai fazer parte da história de ambos os intervenientes. O cuidado transpessoal transpõe-nos para a dimensão espiritual e envolve a empatia entre ambos (Watson,2002).

3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Acompanhei as parturientes/família em todas as etapas do processo de trabalho de parto, parto e puerpério imediato, prestando cuidados ao recém-nascido e promovendo a sua adaptação à vida extrauterina. No Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), aprendi a utilizar a Triagem de Manchester no sistema Alert®, participando em cuidados especializados como monitorização cardiotocográfica (CTG) e avaliação do bem-estar fetal (ABCF). Assumi o acolhimento das mulheres, realizando autonomamente anamnese inicial para diagnóstico e monitorização de riscos genito-urinários (Competência 6.2.1 - OE, 2019a), elaborando planos de cuidados individualizados e encaminhando situações complexas (Competência 6.2.2 - OE, 2019a). Atuamos em situações de infeções do trato urinário, infeções vulvovaginais sexualmente transmissíveis, perdas de sangue vaginal (miomas ou hemorragia inespecífica), abscessos da glândula de Bartholin e mastite puerperal. Aproveitei a oportunidade, sempre que possível, de realizar educação em saúde, abordando métodos contraceptivos e promovendo a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (Competência 1.2.5 - OE, 2019a).

Prestei cuidados de enfermagem a mulheres que enfrentavam situações de aborto. Define-se aborto espontâneo como a interrupção da gravidez antes das 24 semanas de gestação, ou 22 semanas segundo a OMS (2018), ou quando o produto da concepção apresenta um peso inferior a 500gr (Sotto-Mayor, citado por Néné et al., 2016). Abordei as necessidades emocionais das mulheres de forma mais abrangente, oferecendo suporte emocional, escuta ativa e realizando intervenções que visem promover a saúde da mulher durante e após o aborto (Competência 2.2.10 – OE, 2019a).

É fundamental avaliar o impacto da perda gestacional para cada mulher ou casal individualmente, ouvindo as suas preocupações, esclarecendo dúvidas e fornecendo informações sobre os procedimentos envolvidos. Durante a minha permanência do SUOG, pude vivenciar uma experiência de aborto espontâneo às 21 semanas e 3 dias de

gestação, verificando que apresentava dilatação completa e protusão das membranas amnióticas. Estava presente um aborto inevitável, o produto de concepção estava no canal cervical. Promovi o acolhimento do casal, ouvi e esclareci as suas dúvidas, proporcionando privacidade. Após a expulsão do feto, a senhora manifestou recusa em visualizar o produto da concepção. Sob a supervisão da enfermeira orientadora, fotografei o feto, recolhi impressões plantares e palmares, registando a data, hora e peso (380gr). Entreguei, posteriormente, os gorros e botinhas disponíveis no serviço à família. A experiência foi bastante intensa, tratando-se do meu primeiro contacto com uma perda gestacional.

Avaliei o significado desta gravidez para o casal, reconhecendo a natureza única do processo de luto. Esclareci que esta perda que estavam a viver não se deveu a qualquer ação ou omissão por parte do casal, desmistificando possíveis sentimentos de culpa (Sotto-Mayor, citado por Néné et al., 2016). Reforço a importância de estar presente, demonstrar empatia e escuta ativa nesta fase, permitindo a verbalização de sentimentos e medos, tratando a mulher/casal com dignidade e respeito, promovendo um processo de luto respeitado e humanizado.

Quando a gravidez não segue o seu processo fisiológico expectável e surgem algumas complicações, as mulheres procuraram cuidados de saúde, nomeadamente o SUOG. Durante o estágio, observei alguns motivos associados a estas complicações, nomeadamente: hemorragia vaginal (essencialmente no primeiro trimestre de gravidez); infeções do trato urinário; APPT; contratilidade uterina dolorosa; sensação da diminuição dos movimentos fetas; RPM e situações de hipertensão com risco de pré-eclâmpsia.

Em todas as situações que estava presente, realizava o acolhimento e anamnese detalhada à mulher, onde incluía a consulta do Boletim de Saúde Grávida (BSG) e exames complementares de diagnóstico, que foram fundamentais para avaliar o risco obstétrico e realizar o respetivo plano de cuidados individualizado, garantindo a monitorização do bem-estar materno-fetal (Competência 2.2.4 e 2.2.6 – OE, 2019a). Sempre que era necessário realizar o internamento da grávida, garanti a transferência e prestação de cuidados durante o transporte (DGS, 2024).

Participei em intervenções cirúrgicas obstétricas, como curetagens pós-aborto e pequenas cirurgias, como drenagens de glândulas de *bartholin* e curetagens.

Também participei em sessões de educação para a saúde, individualizadas e direcionadas para as mulheres grávidas e seus acompanhantes, onde abordei temas como: amamentação, cuidados ao recém-nascido, métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Promovi a participação ativa dos participantes, fornecendo informações atualizadas contribuindo para a promoção da saúde e o empoderamento das mulheres no cuidado à sua saúde reprodutiva (Competência 4.2.1 – OE, 2019a).

O início do trabalho de parto (TP) é geralmente observado entre as 37 e 42 semanas de idade gestacional e é caracterizado por quatro estádios distintos. O primeiro estágio, conhecido como fase de dilatação, é subdividido em duas fases: a fase latente e a fase ativa (Néné et al., 2016). É crucial informar as mulheres sobre a variação esperada na duração da primeira fase do TP, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018). O segundo estágio é o período expulsivo, seguido do terceiro estágio (dequitação) e do quarto estágio (puerpério imediato – duas horas após o nascimento do recém-nascido – RN). Durante o estágio de bloco de partos, pude desenvolver competências no cuidado à mulher durante o trabalho de parto. Acompanhei um total de 70 parturientes, tendo assistido a 43 partos.

Inicialmente apresentei-me e disponibilizei-me para conhecer as mulheres, as suas crenças e expectativas em relação ao trabalho de parto e parto, envolvendo sempre que possível o companheiro e incentivando a sua presença e participação. Acredito que a forma como se comunica neste primeiro contato pode influenciar a experiência positiva do parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Seguidamente, realizava uma entrevista inicial à mulher grávida, com uma correta anamnese, nomeadamente abordar os principais aspetos: sinais/sintomas; sinais de rotura de bolsa amniótica; frequência e duração das contrações; presença de movimentos fetais ativos; índice obstétrico; idade gestacional; histórica obstétrica; antecedentes pessoais; grupo sanguíneo; alergias; vigilância da gravidez; exames pré-natais (BSG); escolha do acompanhante e a existência de um plano de parto, assim como a frequência de um curso de preparação para o parto e nascimento (DGS, 2024). Posteriormente, procedia a observação física e obstétrica, solicitando o consentimento informado à mulher. Nesta observação incluía: o seu estado geral; avaliação dos sinais vitais maternos; avaliação do fundo uterino; manobra de Leopold; realização de CTG (DGS, 2024). O exame vaginal também foi usado para determinar o

início do TP e/ou dilatação cervical, mediante as queixas e comportamentos (verbais e não verbais) da parturiente.

Procurei proporcionar um ambiente tranquilo, acolhedor e confortável, competências e regulamentos estabelecidos (Competência 3.1.2 e 3.1.3 - OE, 2019a).

Cerca de 30% dos 70 trabalhos de parto que acompanhei tinham realizado um plano de parto escrito ou idealizado. A maioria das mulheres/casais pretendiam: um parto respeitado e humanizado, que lhes fosse proporcionado a livre escolha e consentimento informado, assim como a liberdade de movimentos durante o TP; que a episiotomia só fosse realizada em situação clínica devidamente justificada; a ingestão de líquidos e alimentos durante o TP; a clampagem tardia do cordão umbilical; o contato pele a pele precoce e a promoção da amamentação na primeira hora de vida (Competência 3.2.6. do Regulamento n.º 391/2019; ICM, 2019).

Na primeira fase do TP, garanti um ambiente seguro, tranquilo e confortável, otimizando a luminosidade e permitindo a presença do acompanhante (OMS, 2018), incentivando a liberdade de movimentos e posições verticalizadas. As posições verticais apresentam inúmeras vantagens, nomeadamente, possibilitam trabalhos de parto mais rápidos; melhor controlo da dor e maior sensação de controle do seu corpo por parte da mulher; menos recurso ao uso da episiotomia e menos alterações na frequência cardíaca fetal (DGS, 2024), assim como, facilitam a descida da apresentação devido à gravidade e mobilidade da bacia óssea materna (OMS, 2018). proporcionada pela ação da hormona relaxina e o seu pico máximo de concentração ocorre durante o TP (Néné et al., 2016).

Promovi estratégias não farmacológicas para alívio da dor OMS (2018) e verifiquei que a utilização das mesmas reduz a necessidade de analgésicos e contribuiu para a satisfação com a experiência do parto (DGS, 2024).

Quando a dor se tornava desconfortável, informava a parturiente sobre a possibilidade de realizar analgesia endovenosa, locorregional ou inalatória, disponibilizando um consentimento informado e esclarecer todas as dúvidas relativas aos procedimentos. Após uma decisão livre e esclarecida, colaborava com o médico anestesista na realização da analgesia locorregional (Competência 3.1.6 – OE, 2019a). A maioria das parturientes recorreu a métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor.

Durante o trabalho de parto, incentivei a alimentação da parturiente, como

recomendada pela OMS e Federación de Asociaciones de Matronas de España (OMS, 2018; FAME, 2009).

Respeitei o tempo do trabalho de parto fisiológico, minimizando a necessidade de toques vaginais internos, realizando-os apenas quando essenciais. A observação interna através de toque vaginal é recomendada pela OMS (2018) a cada 4 horas, a partir da fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto.

Tive a oportunidade de realizar técnicas como a monitorização interna da frequência cardíaca fetal (FCF), em casos de perda frequente da FCF com a bolsa de águas rota; a rutura artificial de bolsa de águas (RABA) em situações de líquido amniótico com mecónio ou para auxiliar na progressão do trabalho de parto. A RABA tem como objetivos aumentar a dinâmica uterina, facilitar a visualização do líquido amniótico ou a realização da monitorização interna fetal (Competência 3.2.5 do Regulamento n.º 391/2019). Mantive uma vigilância rigorosa quanto ao risco de infeção, monitorizando as características do líquido amniótico, a temperatura materna e a FCF.

Quando a parturiente manifestava vontade de iniciar esforços expulsivos e sentia pressão na região anal e/ou perineal, avalei a vontade de realizar esforço expulsivo (verbalizações e observação vaginal). Validando se apenas durante o pico das contrações ou constante, confirmando dilatação completa e plano de apresentação, normalmente no plano de Lee zero ou já abaixo das espinhas isquiáticas (Competência 3.2.6 do Regulamento n.º 391/2019; ICM, 2019).

Verifiquei nesta fase, que algumas mulheres ficavam mais inquietas, “ausentes” no intervalo entre as contrações, assim como a variação de sentimentos (excitação/medo). O reflexo de Ferguson, com a descida da apresentação, tornou os esforços expulsivos praticamente involuntários. Evitei a realização de esforços dirigidos ou manobra de Valsalva, que podem resultar em risco de exaustão materna, lacerações e parto distócico (ICM, 2019). Nesta fase, procurei, sempre que possível que a mulher “ouvisse” o seu corpo, agindo de forma natural e instintiva, permitindo que a mesma vivesse uma experiência positiva e com o mínimo de intervenção. Promovi a liberdade de movimentos e posições confortáveis para a parturiente. As posições verticais visam reduzir a duração do segundo estágio do TP; a redução dos partos distócicos; o menor recurso ao uso da episiotomia e manutenção do bem-estar fetal (Competência 3.2.5 do Regulamento n.º 391/2019; ICM, 2019).

No período expulsivo, a presença de desacelerações precoces de rápida recuperação é fisiológica. No entanto, como preocupação destaca-se a presença de desacelerações tardias ou de recuperação lenta à linha basal ou as bradicardias mantidas, exigem abreviação do TP (ICM, 2019).

Durante a expulsão da cabeça fetal, privilegiei o *"hands off"*, logo após a expulsão da cabeça procedia a pesquisa de circulares cervicais e, em caso de circular cervical, procedia a manobra de *Somersault*, manobra que mantém a integridade do cordão, permitindo desta forma o corte tardio do cordão (ICM,2019). Sempre que possível, e caso a mulher assim o desejasse, a expulsão do corpo fetal era apoiada pela mãe, iniciando de imediato o contacto pele a pele.

Apenas realizei uma episiotomia devido à percepção de que o tecido perineal da parturiente estava "rijo" e pouco distensível. Estando de acordo com as recomendações para a prática de episiotomia (DGS,2024).

Após o nascimento do recém-nascido (RN), o meu foco era facilitar a adaptação à vida extrauterina, colocava-o em contato pele a pele com a mãe, com um gorro para evitar a perda de calor e realizava a avaliação do índice de *Apgar* e a verificação de malformações aparentes (Competência 3.2.10 do Regulamento n.º 391/2019). Em todos os partos que assisti, permiti o corte tardio do cordão umbilical, ou seja, quando o cordão parou de pulsar. Esse procedimento foi realizado pelo pai do recém-nascido; por uma pessoa significativa que acompanhou o parto ou até mesmo pela puérpera. Após o corte do cordão e o posicionamento do bebé sobre o tórax materno, observei o reflexo de busca do RN para a posterior adaptação à amamentação na primeira hora de vida (Competência 3.2.7 do Regulamento n.º 391/2019; ICM,2019).

Em relação dequitação, aguardava que ocorresse de forma natural e completa, adotando uma abordagem mais expectante (DGS, 2024). Na extração da placenta recorria à Manobra de Brandt-Andrews, após o descolamento da placenta, verificava se o globo de segurança de Pinard estava bem formado e também avaliava a presença e quantidade de perdas sanguíneas pela vagina (Néné et al., 2016). Iniciava a administração de ocitocina, de acordo com o protocolo do serviço, com o propósito de minimizar a hemorragia pós-parto. Verificava a integridade da placenta e das membranas, questionando o casal se desejava ver a placenta, mostrando-a e esclarecendo eventuais dúvidas (Competência 3.3.3 do Regulamento n.º 391/2019).

Após a dequitação, procedia à higienização do períneo e avaliava a ocorrência de lacerações, tanto no períneo quanto no introito vaginal. Realizava a reparação das lacerações através de sutura contínua (OMS,2018; NICE 2021).

Das 43 assistências ao parto que realizei, obtive 16 lacerações de grau I; 10 de grau II; 1 episiotomia e 16 períneos íntegros. Desenvolvi esta competência considerando sempre a estética e funcionalidade de todos os tecidos envolvidos na lesão perineal.

No puerpério imediato é importante garantir bem-estar durante o contato pele a pele entre o RN e a puérpera, promovendo a vinculação entre eles. Os cuidados ao RN eram, sempre que possível, prestados junto ao casal (Competências 3.1.4 e 3.1.5. do Regulamento n.º 391/2019; DGS,2024). Durante esse período, é oferecido apoio às parturientes na amamentação, garantindo uma pega adequada, também é realizada uma avaliação da coordenação dos reflexos de sucção e deglutição do RN. Além do suporte ao aleitamento materno (AM), é importante realizar a vigilância da puérpera nesse período, a fim de prevenir complicações e garantir a sua recuperação adequada (DGS,2024).

Foi possível presenciar uma situação de desvio da normalidade, em que uma puérpera apresentou atonia uterina, uma das principais causas de hemorragia pós-parto, acontece devido a incapacidade de contração do miométrio após a dequitação, originando uma hemorragia (Néné et al., 2016).

Após o período de 2 horas, correspondente ao puerpério imediato, era realizado o encaminhamento da puérpera e do recém-nascido para o serviço de internamento, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e a segurança da díade mãe-filho. Durante esse processo de transferência, era assegurada a passagem oral e escrita da informação pertinente e relevante entre os profissionais de saúde envolvidos.

3.3.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O puerpério, fase de grande vulnerabilidade pela multiplicidade de vivências e adaptações que ocorrem na mulher, é um período de profundas mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociais, com novas aprendizagens para o papel de mãe (Ferreira, 2016). O apoio dos profissionais de saúde é fundamental, fornecendo esclarecimentos, informação, educação para a saúde e suporte à tríade (Andrade et al.,

2015). A aquisição de competências relacionais para acolher e apoiar a tríade durante o internamento e promover a saúde psicológica e emocional é crucial, sendo que o acolhimento, iniciado na admissão, visa transmitir confiança e parceria (Néné et al., 2016), exigindo competências de comunicação e relacionais para criar uma relação terapêutica. A puérpera adapta-se ao novo papel, vivenciando emoções, mudanças psicológicas, familiares e sociais, podendo gerar vulnerabilidade e alterações psicológicas (Leitão, 2016). A adaptação à parentalidade é um processo de grande vulnerabilidade, pois envolve novas situações e sentimentos de insegurança ou incapacidade, devendo-se compreender como os pais experienciam esta transição (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [MCEESIP], 2015).

O EEESMO deve focar-se na dimensão psicológica e emocional, despistando situações de risco, e tem papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce de alterações de humor como o *blues* pós-parto ou outras situações, usando ou promovendo a escala de Edimburgo para prevenção da depressão puerperal (Competência 2.1.7 do Regulamento n. °391/2019).

Promovi a educação para a saúde em AM (posicionamento, frequência, livre demanda, duração das mamadas, sinais de transferência de leite, sucção e deglutição). O EEESMO é fundamental para a promoção do AM, criando ambiente calmo, transmitindo confiança e promovendo o vínculo (Sardo, 2016).

A vigilância da involução uterina permitiu-me identificar precocemente a atonia uterina, principal causa de HPP (Ferreira, 2016), através da palpação abdominal, informando sobre a importância da contração uterina e a sua relação com a amamentação (Lowdermilk & Perry, 2008). A avaliação dos lóquios permitiu despistar hemorragias (Néné et al., 2016) explicando a influência da deambulação e amamentação. Monitorizou-se os lóquios (quantidade, cor, cheiro, coágulos, número de pensos), promovendo higiene adequada (Correia et al., 2020). Foi efetuada a observação do períneo, para despistar complicações como edema, hematomas e infeções e promovendo crioterapia para alívio da dor (Sequeira et al., 2017) e higiene adequada (OE, 2019). Para uma recuperação adequada do tónus muscular perineal procurei sensibilizar a puérpera para a realização de exercícios de Kegel para promover o fortalecimento do pavimento pélvico (Handa et al., 2007).

Nos cuidados prestados às puérperas, promovi e capacitei-a nos cuidados ao RN,

apoiando e incentivando o AM, reforçando os cuidados a ter no domicílio para manter o AM e prevenir complicações (OE, 2019).

Avaliei a adaptação do RN, reflexos de sucção e deglutição, adaptação à mama, eliminações, glicémia (em filhos de puérperas com diabetes gestacional), administrei a vacina anti-hepatite B e avaliei bilirrubina (bilicheck), realizando cuidados de higiene e conforto, transmitindo informação sobre cuidados ao coto umbilical (*dry care* – Correia & Pires, 2016). A avaliação e os procedimentos ao RN, foram sempre realizados junto à mãe/casal com seu consentimento, após explicação e com educação para a saúde. A educação para a saúde e os cuidados implementados forneceram às puérperas estratégias antecipadas para uma adequada gestão da ansiedade e das diversas adaptações implícitas a esta transição (Néné et al., 2016).

No serviço, foi implementado o projeto Alta do EEESMO, através do qual este prepara o regresso a casa, considerando critérios pré-definidos. Após a alta, realizamos uma consulta telefónica (24 a 48 h depois) para avaliar o bem-estar, esclarecer dúvidas e verificar a articulação com os cuidados de saúde primários (DGS, 2015a). A preparação para a alta foi individualizada, clarificando dúvidas. Informe sobre contraceção pós-parto (métodos compatíveis com amamentação – iniciar após 21 dias de puerpério; método progestativo após seis semanas em caso de amamentação exclusiva (DGS, 2015a; Sociedade Portuguesa da Contraceção [SPDC] et al., 2020).

O sucesso da amamentação relaciona-se com o desejo materno, satisfação e recursos comunitários de apoio (Hockenberry & Wilson, 2014). Capacitei a puérpera na adaptando o bebé à mama e incentivando a amamentação em livre demanda, explicando os benefícios do contato pele a pele para a produção de leite. O EEESMO deve fornecer aconselhamento baseado em evidências científicas, esclarecendo as dúvidas maternas. O tempo, a escuta ativa, o ambiente calmo e a demonstração de comportamentos de fome/procura do bebé promovem a confiança e o vínculo entre a díade (Levy & Bértolo, 2012).

Realizei uma Visita Domiciliária (VD) para promover a continuidade de cuidados à puérpera, recém-nascido e família, facilitando a transição para a parentalidade e prevenindo complicações (Lowdermilk, 2008). O EEESMO identifica necessidades, especialmente em ambiente domiciliário, onde surgem dúvidas e insegurança (Lowdermilk, 2006). O puerpério é uma fase complexa de mudanças físicas, psicológicas,

emocionais e sociais (Néné et al., 2016), que requer novas aprendizagens e adaptações. Na visita domiciliar (VD), orientei sobre pega correta, sinais transferência de leite, amamentação em livre demanda e medidas conservadoras (posição verticalizada após mamadas e manobra de desengasgamento), avaliando o estado emocional e a vinculação da díade (Levy & Bértolo, 2012). A VD permitiu avaliar o bem-estar físico, psíquico, emocional e social; prestar cuidados; apoiar a amamentação e adaptação emocional da puérpera; realizar educação para a saúde e avaliar recursos (OE, 2001).

A VD superou os meus receios iniciais, promovendo a saúde da díade e observando a dinâmica familiar. Considero que foi uma mais-valia para a continuidade de cuidados, assumindo o EEESMO um papel elementar na transição dos cuidados hospitalares para o domicílio.

Na Neonatologia (UCIN e UCIN intermediária), observei e participei em cuidados a RN pré-termo, pré-termo tardio e de termo com patologia (ventilação invasiva/não, invasiva, sedação, estabilidade hemodinâmica), priorizando cuidados individualizados e neuroprotetores (competência 4.3.10 – OE, 2019a). Capacitei e incentivei os pais a prestar cuidados (competência 4.2.1 – OE, 2019a), em cinco áreas de intervenção (Coughlin et al., 2009): proteção do sono, controlo da dor e stress, atividades de desenvolvimento (alimentação, posicionamento, cuidados à pele), cuidados centrados na família e ambiente saudável. Diminuímos manipulações, realizando cuidados em períodos de maior reatividade, utilizando sucção não nutritiva antes de procedimentos dolorosos (Carvalho & Pereira, 2017).

Incentivei o Método Canguru que apresenta benefícios no aleitamento materno, ganho de peso, regulação da temperatura corporal, frequência respiratória, autonomia dos pais, e a longo prazo promove alta antecipada (Carvalho et al., 2021). Neste sentido, assisti e participei no estabelecimento da parceria com as famílias, tanto nos cuidados ao RN, como através do contacto pele-a-pele, com recurso ao método Canguru e na promoção do aleitamento materno, promovendo ao RN o contacto com o toque e cheiro materno (competência 4.1.4 - OE, 2019a). O internamento de RN pré-termo requer intervenção especializada, integrando os familiares no processo de recuperação, desenvolvendo competências éticas, deontológicas e relacionais para cuidados holísticos.

3.3.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

O EC foi desenvolvido no serviço de Consulta Externa de Ginecologia, neste âmbito, interagi com as clientes, promovendo conforto, escuta ativa, privacidade, esclarecimento sobre os procedimentos, dúvidas e educação para a saúde, baseando-me em princípios éticos, valores, crenças, parceria nos cuidados e consentimento livre e esclarecido. Senti necessidade de desenvolver competências educacionais, pesquisando evidências científicas para transmitir informação atualizada sobre saúde sexual e ginecológica (Competência 6.3.1. do Regulamento n.º 391/2019). Sensibilizei as mulheres para estilos de vida saudáveis.

Realizei o rastreio do cancro do colo do útero (RCCU), informando e esclarecendo sobre o HPV (Competência 1.2.1 do Regulamento n.º 391/2019). A maioria dos casos de CCU está associada ao HPV de alto risco (tipos 16 e 18), sublinhando a importância da prevenção e tratamento precoces (SPG, 2014). Alterações citológicas ou testes positivos (HPV 16 e 18, ASC-US, LSIL e HSIL) tem indicação para realização de colposcopia e biópsia (Moutinho, 2009). O suporte emocional é crucial para as mulheres com lesões pré-malignas, esclarecendo dúvidas e capacitando-as para as estratégias e cuidados (Competência 6.2.4. do Regulamento n.º 391/2019).

Em consultas de Uro-ginecologia, observei a prevalência de prolapso de órgãos pélvicos (POP) em mulheres entre os 45 e 75 anos (Jelovsek et al., 2007). Situação que despertou o meu interesse, nomeadamente a nível da educação e prevenção primária, salientando a importância de uma preparação adequada para o parto com foco no fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, especialmente no pós-parto, de forma a prevenir potenciais complicações no futuro (Competência 6.2.4 do Regulamento n.º 391/2019). Abordei, em equipa multidisciplinar, o uso de pessários (colocação; cuidados; sinais de alerta; complicações e impacto nas atividades diárias e sexualidade), realizei o exame pélvico para determinar o tamanho adequado (Robert et al., 2013; Competência 6.2.2 do Regulamento n.º 391/2019).

Particpei e colaborei no cuidado a mulheres com hemorragia uterina anormal (HUA), maioritariamente na peri e pós-menopausa (SPG, 2018). Neste contexto, cooperei na realização da histeroscopia que é indicada para HUA (Martins & Martins, 2009; SPG, 2018). Recorri a estratégias não farmacológicas para alívio da dor como: a escuta ativa;

ambiente calmo; toque terapêutico e reforço positivo (Competências 6.2.1 e 6.2.2 do Regulamento n.º 391/2019).

Foi possível cuidar de mulheres em processo de climatério. A maioria das mulheres presentes nestas consultas encontravam-se em processo de transição para a menopausa, algumas apresentam sintomatologia que resulta da redução de estrogénios, manifestando-se a curto prazo por sintomas vasomotores (sensação de calor, suores, palpitações, calafrios, ansiedade), alterações do sono e humor, e a longo prazo por doenças cardiovasculares, osteoporose e doenças neurocognitivas (SPG, 2016). A intensidade e frequência dos sintomas variam, dependendo de fatores genéticos, ambientais e estilo de vida, sintomas intensos justificam intervenção (Aguiar et al., 2015). Relativamente à sexualidade durante o climatério, muitas mulheres enfrentam esse período com desinteresse na atividade sexual, libido reduzida, atrofia, menor lubrificação, dispareunia (SPG, 2016).

O EEESMO desempenha um cuidado fundamental à mulher durante o processo de climatério, promovendo o empoderamento e educação para a saúde, visando estratégias para enfrentar as diversas alterações físicas e psicológicas, bem como as potenciais repercussões na qualidade de vida da mulher, decorrentes das variações hormonais. Neste EC, de acordo com o domínio de competências especializadas (OE, 2019a), foi possível compreender a relevância que cada mulher atribui aos sintomas do climatério e o impacto destes na sua dimensão psicológica e emocional.

Orientei para a adoção de uma alimentação variada, prática de exercício físico regular e promoção de momentos de autocuidado de forma a sentir-se bem com o seu corpo e promover a sua autoestima. Relativamente à situação da disfunção sexual a nível da dor, informei sobre a possibilidade de utilização de lubrificante à base de água e manter a hidratação vaginal diária (Competências 5.1; 5.2. e 5.3 do Regulamento n.º 391/2019).

Neste seguimento, algumas situações diagnosticadas nas consultas de Ginecologia necessitaram de internamento. Tive a oportunidade de realizar cuidados pré-operatórios, acolhimento no serviço e cuidados pós-operatórios, desenvolvendo a competências 6.3.2 (Regulamento n.º391/2019), avaliando também a necessidade de medidas de suporte emocional (Competência 6.3.3 do Regulamento n.º 391/2019).

3.4. Outras atividades relevantes

O EEESMO fundamenta a sua prática com evidência científica e detém competências importantes na evolução e na formação dos seus pares, promovendo a disseminação do conhecimento e o *empowerment* da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ao longo dos Ensinos Clínicos, **procurei divulgar os resultados da SR relativamente a temática da MGF:**

- Nos contextos clínicos de Medicina Materno-fetal e Bloco de Partos **como formadora através do planeamento de sessões de formação** (Apêndice XI), da sua realização (Apêndice XII) e avaliação (Apêndice XIII). No EC de BP a sessão de formação foi realizada a toda a equipa de Enfermeiros e EEESMOs, repartida em dois dias. No contexto de Medicina Materno-fetal a sessão de formação foi realizada dia **Internacional da Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina, assinalado no dia 6 de fevereiro.**

Como objetivos principais das sessões, destaco a reflexão sobre a temática da Mutilação Genital Feminina e a importância do cuidado culturalmente sensível as mulheres/famílias com MGF. Abrangendo a importância da identificação precoce das mulheres/crianças em risco de MGF; o reconhecimento e classificação dos tipos de MGF e a respetiva sinalização e registo em sistema próprio seguindo o fluxograma de atuação do Hospital.

- No contexto clínico de Ginecologia **desenvolvi um Manual/e-book de Referenciação para Enfermeiros/EEESMOs sobre a temática da MGF** e abordei a temática com a equipa multidisciplinar (Apêndice VI).
- No EC de Puerpério **desenvolvi um Póster abordando o tema do meu estudo sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF).** Compreendi a importância de abordar esta temática de forma a promover a identificação das mulheres de risco, os tipos e classificação da MGF e de como deve ser feita a sinalização destas mulheres e respetivos recém-nascidos do sexo feminino. Os profissionais revelaram dificuldades na identificação dos tipos de mutilação e na adequada sinalização. É recorrente no serviço a prestação de cuidados a mulheres oriundas de países de risco. Numa manhã de EC constatamos que uma mulher migrante,

de origem guineense, submetida a cesariana, apresentava um MGF Tipo II, sem estar referenciada. A puérpera tinha uma recém-nascida do sexo feminino. De forma respeitadora abordamos a puérpera utilizando os termos fanado/cerimónia, mas a mesma negou ter sido mutilada e recusou-se a falar com a equipa de enfermagem. Dada esta situação procedeu-se à respetiva sinalização, respeitando o fluxograma de atuação. Esta situação gerou algumas dúvidas sobre como realizar deviatamente esta referência, pelo que surgiu a oportunidade de incluir essa informação no póster que elaborei, que se encontra no Apêndice V.

- **Na 2ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2024, com a apresentação de um Póster** (Apêndice X).
- No EC Cuidados de Saúde Primários desenvolvi **dois e-books**, um referente **aos primeiros cuidados ao recém-nascido** (Apêndice VII) e outro sobre **a saúde mental da mulher no pós-parto** (Apêndice VIII).
- **Um folheto informativo** para os casais que frequentavam os CPP **sobre o desenvolvimento fetal** (Apêndice IX).

Considero que foi de extrema importância promover uma reflexão da temática da Mutilação Genital Feminina nos diferentes contextos do Ensino Clínico. Porque acredito que os EEESMOs são fundamentais na prevenção e na eliminação da prática da MGF, não apenas pela identificação e conhecimento, mas também evitando que as comunidades em risco recorram a esta violência.

4. Limitações ao processo de aprendizagem

No decurso do presente percurso académico, experienciei uma interrupção após a conclusão do 1º ciclo do Mestrado, em virtude da vivência do meu processo de maternidade. Embora este período tenha representado uma interrupção no meu processo de aprendizagem académico, foi simultaneamente um período de enriquecimento pessoal e profissional. Nomeadamente, realizei uma formação de aconselhamento em Aleitamento Materno (60 horas) e participei numa formação com Michel Odent em Amesterdão. A experiência pessoal do meu processo de maternidade, conjugada com o investimento na minha formação profissional, proporcionou-me uma perspetiva enriquecedora do cuidado holístico à mulher. Não obstante, as exigências inerentes à parentalidade impuseram-me limitações temporais à dedicação integral ao Mestrado. O ingresso posteriormente num novo plano de estudos, impeliu a novas exigências e metodologias de aprendizagem.

Relativamente à implementação do meu projeto no EC CSP, a temática da Mutilação Genital Feminina, não foi possível abordar, primeiramente porque tinha ocorrido uma formação pela equipa de Saúde Pública em todo o ACES Lisboa Ocidental e seguidamente após analisar a população alvo dos cuidados constatei que não se inseria na população de risco para a prática da MGF.

O estudo sobre ***A experiência do Enfermeiro Obstetra no cuidar da família com Mutilação Genital Feminina*** apesar de ser um estudo exploratório, consideramos que apresenta algumas limitações. Pelo facto de ter sido realizado um único Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo e apenas com dez participantes, condiciona a generalização dos resultados obtidos a outras realidades geográficas e socioculturais. A delimitação geográfica do estudo restringe a análise e dificulta a extrapolação dos resultados para o contexto nacional ou internacional (Fortin, 2016).

Por fim, os constrangimentos inerentes aos serviços de obstetrícia verificadas neste momento no nosso País, levando ao encerramento das maternidades, exigiram ajustes constantes de horário e metodologia de trabalho que afetaram o ritmo e condicionaram o processo de aprendizagem.

5. Considerações Finais

Os resultados demonstram uma variabilidade considerável no nível de conhecimento sobre a MGF entre os EEESMOs, evidenciando a necessidade de programas de formação contínua e especializada. A identificação e classificação dos tipos de MGF revelam-se como desafios significativos na prática de cuidados, com dificuldades relatadas na diferenciação dos tipos I e II, particularmente em mulheres adultas. Este dado sublinha a importância de uma formação prática e focada na identificação clínica da MGF.

A comunicação com as mulheres afetadas pela MGF emerge como uma barreira recorrente, influenciada por fatores linguísticos e culturais. A dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica eficaz, aliada à recusa, por parte das mulheres, em verbalizar a sua experiência, salienta a necessidade de protocolos de abordagem culturalmente sensíveis e de formação em comunicação intercultural. A duração reduzida do internamento constitui um fator limitador para a construção de uma relação de confiança, comprometendo a eficácia dos cuidados prestados.

A existência de crenças e perspetivas pessoais influenciam a forma como os enfermeiros abordam a MGF. A perceção da MGF como um fenómeno culturalmente enraizado, e a conseqüente hesitação em intervir diretamente, destaca a urgência em promover uma mudança de perspetiva, focada na violência inerente à prática e na necessidade de proteção da saúde e dos direitos das mulheres e das crianças em risco. A falta de recursos e de articulação entre os diferentes níveis de cuidados (hospitalar e cuidados de saúde primários) contribui para a invisibilidade do problema e a subnotificação dos casos.

Os enfermeiros demonstram preocupação com o impacto da MGF nas gerações futuras, reconhecendo a importância da intervenção junto das comunidades e a inclusão dos parceiros nos processos de intervenção.

Este estudo revela a necessidade urgente de uma estratégia heterogénea para a prevenção e eliminação da prática da MGF em Portugal, que inclua: Formação específica e contínua; Sensibilização e informação pública: campanhas de comunicação focadas na violência intrínseca à MGF, na proteção da saúde das mulheres e na promoção dos seus direitos sexuais e reprodutivos, assim como a sua dignidade; Articulação com a comunidade: envolvimento de líderes comunitários e representantes de grupos culturais;

Melhoria nos sistemas de registo e monitorização; Investigação adicional: Para investigar as crenças e perspetivas dos profissionais de saúde e das comunidades afetadas, bem como a eficácia de diferentes estratégias de intervenção.

Os resultados desta investigação fornecem uma base sólida para a formulação de recomendações para o desenvolvimento de intervenções eficazes que promovam a saúde e os direitos das mulheres, contribuindo para a erradicação da MGF em Portugal. A pesquisa futura deve aprofundar a análise das crenças e perspetivas dos profissionais de saúde e das comunidades afetadas, numa perspetiva interdisciplinar que considere as complexidades sociais e culturais envolvidas.

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns e específicas associadas ao EEESMO, nos diversos contextos de prestação de cuidados à mulher ao longo do seu ciclo de vida. O EEESMO é na maioria das vezes o primeiro contacto com os cuidados de saúde destas mulheres /família, logo podem mudar a vida destas famílias.

Tendo em conta os princípios éticos e legais que norteiam a profissão de enfermagem, a metodologia de investigação adotada contribuiu para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à mulher e à sua família, suportada pelo referencial teórico de Jean Watson.

A experiência formativa desta Unidade Curricular permitiu-me alcançar os objetivos propostos, consolidando os conhecimentos prévios e adquirindo novas competências científicas fundamentais para o meu futuro exercício profissional como EEESMO e Mestre. Este desenvolvimento profissional assumiu-se como um processo contínuo de atualização de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, baseado em evidências científicas e num cuidar holístico, tendo por base o referencial teórico de Jean Watson. Aliado ao modelo de assistência do EEESMO que é baseado na parceria com a Mulher alvo dos seus cuidados, colocando-a em foco ao longo do ciclo de vida (OE, 2015).

Referências

- Africa, U. R. O. for W. and C. (s.d.). *Analysis of legal frameworks on female genital mutilation*.
- Amnistia Internacional. (2008). *Parecer do Grupo de Juristas da Amnistia Internacional Portugal sobre a Criminalização da Mutilação Genital Feminina, com data de 7 de Abril de 2008*. <https://www.amnistia.pt/parecer-do-grupo-de-juristas/>
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M., & Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
- Assembleia da República (2015). *Lei n.º 83/2015 de 05 de agosto, trigésima oitava alteração ao Código Penal*. Diário da República n.º 151/2015, Série I de 2015-08-05. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/83-2015-69951093>
- Assembleia da República (2015). *Lei n.º 130/2015, de 04 de Setembro*.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (2015). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
- Associação para o Planeamento da Família [AFP] (2009). *Eliminação da Mutilação genital feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, OMS. AFP*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/pt/>;
- 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>
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo (Edição revista e atualizada)*. Edições 70.
- Bento, A., Martins, L., Machado, R., & Sousa, P. (s.d.). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo-Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*. SEF.
- 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>
- Braddy, C. M., & Files, J. A. (2007). Female genital mutilation: cultural awareness and clinical considerations. *Journal of Midwifery Womens Health*, 52(2), 158-163. <https://eds.b.ebscohost.com/eds/results?vid=0&sid=1872db0c-0749-4db5-9736->

212d37884e8a%40pdc-v-

sessmgr05&bquery=Female%2Bgenital%2Bmutilation%253a%2Bcultural%2Bawareness%2Band%2Bclinical%2Bconsiderations.&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNoaWlSdWlkjMnSaTA9RIQxJmNsdjA9WSZsYW5nPXBOlXB0JnR5cGU9MCZzZWYy2hNb2RIPUFuZCZzaXRIPWVky1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d;

Brandão, C., Ribeiro, J., & Costa A. P. (2021). Análise de dados. In S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves, & C. G. Marques (Coord.), *Manual de Investigação Qualitativa* (pp. 127-158). Pactor.

Carvalho, Larissa da Silva; Pereira, C. de M. C. (2017). Psychological reactions of parents for hospitalization of premature infants in the neonatal ICU. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20(2), 101–122.

Carvalho, S., Moura, A., Castro, M., Sousa, L., Rodrigues, M., Rego, E., Oliveira, K., & Medeiros, R. (2021) Benefícios do método canguru em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 34 (2), 67–73.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2020). *Manual de procedimentos – Colaborar ativamente na prevenção e eliminação da mutilação genital feminina*. [https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/02/Colaborar-Ativamente-na-Prevencao-e-Eliminacao-da-Mutilacao-Genital-Feminina-Manual-de-Procedimentos_CPC\].pdf](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/02/Colaborar-Ativamente-na-Prevencao-e-Eliminacao-da-Mutilacao-Genital-Feminina-Manual-de-Procedimentos_CPC].pdf)

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*. CIG. <https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/mutilacao-genital-feminina/>

Comissão para a Igualdade de Género [CIG]. (2018). *Guia CEDAW - Protocolo Opcional*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/Guia-CEDAW_-_Protocolo-Opcional_Cig.pdf

Conselho da Europa. (s.d.). *Convenção do Conselho da Europa sobre a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica* (Convenção de Istambul). Conselho da Europa.

Conselho de Ministros (2013). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013. III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina 2014-2017*.

- Diário da República, 1.^a Série, N^o 253 (31-12-2013), 7028-7035.
<https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/07/III-Programa-de-A%C3%A7%C3%A3o-para-a-preven%C3%A7%C3%A3o-e-elimina%C3%A7%C3%A3o-da-MGF-Anexo-DR.pdf>
- Correia, T., Santos, M., Freitas, C., Lopes, S., & Pinto, Â. (2020). Avaliação do estado das mamas. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Amaral (Coords.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 192-194). Lidel.
- Correia, T. I. G., & Pires, C.S.M. (2016). Que Técnica Usar Nos Cuidados ao Cordão Umbilical no Recém-Nascido. *Revista da Associação portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, (17),29-33. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14216/1/p29_APEO-17-06-2016-Que-Tecnica-Usar-nos-Cuidados-ao-Cordao-Umbilical-do-Recem-Nascido.pdf
- Coughlin, M., Gibbins, S. & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239-2248. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>
- Coutinho, C. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Edições Almedina.
- Dang, D., Dearholt, S., Bissett, K., Ascenzi, J., & Whalen, M. (2021). *Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines* (4th ed.)
- 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>.
- Direcção-Geral de Saúde [DGS]. (2012a). *Orientação 005/2012 de 06/02/2012. Mutilação Genital Feminina*. DGS.
- Direcção-Geral de Saúde [DGS]. (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 4.2. Objectivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. DGS. <http://pns.dgs.pt/pnsversao-completa/>
- Direcção-Geral de Saúde [DGS]. (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS.

- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2015a). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*. DGS. <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direcção-Geral de Saúde [DGS]. (2021). *Orientação 008/2021 de 30/06/2021. Mutilação genital feminina*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082021-de-30062021-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2024). *Orientação número 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto* (Atualizada a 26.03.2024).
- 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>
- Direcção-Geral da Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e a parentalidade – CPPP. Cursos de recuperação pós-parto – CRPP. Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Direcção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheirosde-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- Diário da República, 1.a série — N.º 129 — 6 de julho de 2018.
- European Institute for Gender Equality [EIGE]. (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Report*. <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/eiges-publications-overview-2024#eige-files>
- Fear, F. (n.d.). *SAFE FROM Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention) Crimes committed in the name of so-called honour*. Article 44,12.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME]. (2009). *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso* (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, trad.). Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211 – 215). Lidel
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3ª edição). Montréal, Québec: Chenelière éducation.

- Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. UNICEF. https://www.unicef.org/publications/index_69875.html
- Gonçalves, S., Gonçalves, J., Marques, C. (2021). *Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações*. Lisboa: Pactor.
- Graça, L.M. (2017). *Medicina Materno Fetal*. (5ª ed.). Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-288-8.
- Graça, L. M. (2017). Parto pré-termo. In L. Graça. *Medicina Materno Fetal* (pp.333 – 348). Lisboa: Lidel
- Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C (2009). *Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. no âmbito do III Plano Nacional para a Igualdade - Cidadania e Género (2007-2010)*. APF. https://www.cig.gov.pt/wpcontent/uploads/2013/12/1prog_eliminacao_mgf.pdf
- Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C (2011). *II Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. no âmbito de IV Plano Nacional para a Igualdade - Género, Cidadania e Não Discriminação (2011-2013)*. APF. https://www.cig.gov.pt/wpcontent/uploads/2013/12/II_Programa_Accao_Mutilacao_Genital_Feminina.pt
- Handa, V. L., Zyczynski, H. M., Burgio, K. L., Fitzgerald, M. P., Borello-France, D., Janz, N. K., Weber, A. M. (2007). The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197(6), 636.e1-636.e6. e. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.020>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong, *Enfermagem da criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Lusociência.
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies 2018 update: Final version published January 2019*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2019/02/icmcompetencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Jelovsek, J., E., Maher, C., Barber, M., D. (2007) Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 369:102738.
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443–454). Lidel.

- Leurer, M. D., & Misskey, E. (2015). Be positive as well as realistic: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *International Breastfeeding Journal*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0036-7>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lisboa, M., Cerejo, D., Moreira, C., & Frade, A. (2015). *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação*. 1–172. <https://www.cig.gov.pt/2015/07/relatorio-mutilacao-genital-feminina-prevalencias-dinamicas-socioculturais-e-recomendacoes-para-a-sua-eliminacao/>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7.ª ed.). Lusodidacta.
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.211 – 215). Lisboa: Lide.
- Martins, F. N., & Martins, N. N., (2009). Capítulo 42. Histeroscopia diagnóstica. *Manual de Ginecologia - Volume II*. http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_42.pdf
- 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/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Molina-Gallego, F. J., Sánchez-Rodríguez, J. L., & Pérez-Fernández, M. Á. (2021). The Impact of Female Genital Mutilation on Women's Health and Well-being. *Healthcare*, 9(8), 974. <https://doi.org/10.3390/healthcare9080974>
- Moutinho, J. M. (2009). Capítulo 41. Colposcopia. *Manual de Ginecologia - Volume II*. http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_41.pdf
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-146-1.
- NICE, 2021 - *Antenatal care NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
- 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>

- 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>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *EESMO Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). *Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. pp. 13560–13565. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. OE.
- Orientação nº 002/2015 (2015). *Indução do trabalho de parto*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (s.d.). *Female Genital Mutilation*. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/en/>
- 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>
- Parlamento Europeu (2009). *Luta contra as mutilações genitais femininas praticadas na UE. Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de Março de 2009, sobre a luta contra as mutilações genitais femininas praticadas na UE (2008/2071(INI))*. Jornal Oficial da EU. (2010/C 117 E/09). <https://eur-lex.europa.eu/legal->

content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009IP0161&from=SK

- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: scoping reviews (2020). In: Aromataris E, Munn Z, (Editors) *JBIM Manual for Evidence Synthesis (Internet)*. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Portugal, D.R. (2015). *Lei nº83/2015 de 5 Agosto 1.ª Série. N.º 151. Trigesima oitava alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º400/82, de 23 de setembro, autonomizando o crime de mutilação genital feminina, criando os crimes de perseguição e casamento forçados e alterando os crimes de violação, coação sexual e importunação sexual, em cumprimento do disposto na Convenção de Istambul.* p.5375-5377.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário Da República, 2ª Série, no26, de 2019-02-06, 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2.ª Série — N.º 85 de 2019-05-03, 13560–13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Robert, M.; Schulz, J. A.; Harvey, M., A. (2013) Technical Update on Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Can*, Amsterdam/ UK, v.35, n.7, p.664-674.
- Sardo, D. (2016). Promover e Apoiar a Amamentação. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 473 – 479). Lidel.
- Sequeira, A., Sardo, D., Pousa, O., Henriques, C., Correia, T., Mascarenhas, C., & Amaral, C. (2020). Aleitamento Materno. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Amaral (Coords.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 295-306). Lidel.
- Silva, M. A. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.] *Repositório Aberto da Universidade do Porto*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%200Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>

- Sociedade Portuguesa da Contraceção [SPDC]. Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução [SPMR] (Orgs.). (2020) *Consenso sobre contraceção*. https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014) - Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina. Coimbra: *Sociedade Portuguesa de Ginecologia*. <https://www.spginecologia.pt/uploads/Livro-de-Consenso-prova-3-FINAL.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 1-174. Disponível em: https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG]. (2018). *Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais*. Acedido a 5 julho de 2024 e disponível em: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/02/spg-consenso-nacionalsobre-hemorragias-uterinas-anormais-2018.pdf>
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), p. 161-166. Disponível em: https://nursing.unc.edu/wpcontent/uploads/sites/252/2012/11/ccm3_032548.pdf
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Torgal, A. (2016). Assistência no 1º trimestre da Gravidez. In Néné, M., Sequeira, & M. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.117-122). Lidel.
- 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>
- UEFGM (2017). *Informação básica sobre a Mutilação Genital Feminina*. <https://uefgm.org/index.php/what-is-fgm/?lang=pt;>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo, Lda.

Watson J. (1999). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de Enfermagem*. Loures (PT): Lusociência.

Watson J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem*. Loures (PT): Lusociência.