



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da
Mutilação Genital Feminina**

Cristina Jaguité



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da
Mutilação Genital Feminina**

Cristina Jaguité



Orientador: Maria João Baptista Dos Santos Freitas



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Viver a vida é como correr uma maratona. É preciso muita coragem e
tenacidade para continuar até o fim.”

Fauja Singh

Este relatório é dedicado aos meus Pais,
Obrigada por me darem coragem e ambição de querer ir além.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria João Freitas, pela dedicação, profissionalismo e rigor. Acima de tudo, agradeço pela confiança e amabilidade. Que mais discentes tenham o privilégio de ser orientados pela professora e que saibam aproveitar.

Às orientadoras dos diferentes locais de estágios, pelo conhecimento transmitido e pelas experiências que me foram permitidas vivenciar.

Às minhas colegas do 12º CMESMO, pela caminhada conjunta e apoio mútuo.

Às Enfermeiras e Mestres que tenho como referência, Susana e Luísa, por todo o apoio e por repetirem mais de mil vezes “tu consegues, tem paciência”.

À minha chefe Emília, aos meus colegas do Serviço de Pneumologia, pela paciência e compreensão, principalmente aos que fizeram o possível para tornar esta caminhada um pouco menos penosa, Enf. Amândio, Teresa, Célia e AO Catarina.

Aos meus Familiares e Amigos, por não me abandonarem e por se importarem comigo.

Ao meu companheiro Domingos, por me acompanhar nesta maratona.

Aos meus irmãos e meu sobrinho Rodrigo, um obrigado especial às minhas irmãs Luísa e Elizabete, por todo o apoio, por toda a ajuda que me foi dada a nível pessoal, profissional e académico.

E Muito Obrigada à minha filha Alícia, por ser maravilhosa. A sua compreensão, sem igual para a idade, por nunca cobrar a minha ausência, pelo respeito, Amor, companheirismo e sensatez. Admiro-te muito.

A todos, Muito Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF- Auscultação dos batimentos cardíacos fetais

ACES- Agrupamentos de Centro de Saúde

ACOG- *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AM- Aleitamento Materno

APF- Associação para o Planeamento Familiar

APPT- Ameaça de Parto Pré-termo

BI-RADS- *Breast Imaging Reporting and Data System*

BP- Bloco de Partos

BSG- Boletim de Saúde da Grávida

CEO- Consultas Externas de Obstetrícia

CGF- Corte dos Genital Feminino

CIHG- Colestase intra-hepática da gravidez

CINAHL- *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIRMA- Centro de infertilidade e reprodução Medicamente Assistida

cm- centímetros

CNPDPJ- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CTG- Cardiotocografia

DG- Diabetes gestacional

DGS- Direção-Geral da Saúde

DUM- Data da última menstruação

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO- Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EIGE- *The European Institute for Gender Equality*

EPS- Educação Para a Saúde

ER- Estágio com Relatório

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA- Estados Unidos da América

Ex.- Exemplo

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

FIGO- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GND- Gravidez Não Desejada

GTISSMGF/C- Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C

HPV- Vírus do Papiloma Humano

HTA- Hipertensão Arterial

ICM- *International Confederation of Midwives*

IMG- Interrupção Médica Da Gravidez

IO- Internamento de Obstetrícia

ITP- Indução Do Trabalho De Parto

IVG- Interrupção Voluntária da gravidez

JBI- *Joanna Briggs Institute*

MEDLINE- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MG- Mutilação Genital

MGF- Mutilação Genital Feminina

Min- minuto

mmHg- milímetros de mercúrio

MPS- Modelo de Promoção da Saúde

OC- Orientadora Clínica

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PPT- Parto Pré-Termo

RC- Reconstrução do Clitóris

RN- Recém-Nascido

RPM- Rutura Prematura de Membranas

RS- Revisão Scoping

TP- Trabalho de Parto

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE- União Europeia

UNICEF- Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

VVSM- Via Verde Saúde Materna

RESUMO

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo refletir o percurso de aprendizagem e aquisição de competências associadas ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Os cuidados de enfermagem especializados prestados durante o Estágio com Relatório (ER) foram norteados pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. A Promoção da Saúde, foi definida como um processo que permite as pessoas superarem desafios e aumentarem o controle sobre seus ambientes para melhorar sua saúde (Organização Mundial da Saúde, 1986, citado por Murdaugh, 2019).

A Mutilação Genital Feminina (MGF) viola os direitos da pessoa à saúde, segurança e integridade física, o direito de não sofrer tortura e tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e o direito à vida quando o procedimento resultar em morte (OMS, 2001). O número de casos de MGF na comunidade guineense residente em Portugal é preocupante, sendo urgente a intervenção do EEESMO no processo de prevenção e erradicação da MGF. Para conhecer a evidencia científica existente sobre este fenómeno, comecei por realizar uma revisão scoping e na fase seguinte desenvolvi um estudo exploratório, descritivo do tipo estudo caso e de abordagem quantitativa com os objetivos de descrever o fenómeno da MGF na comunidade guineense residente em Portugal e de compreender a intervenção do EEESMO neste âmbito.

Os resultados obtidos, mostram ser essencial conhecer e valorizar o significado cultural associado à MGF, informar as comunidades sobre as várias consequências da MGF, e trabalhar em parceria com as comunidades, , promovendo os projetos de iniciação "sem cortes".

Também existe falta de conhecimento teórico e prático, entre os profissionais envolvidos, sendo necessário o desenvolvimento de competências para lidar com estas situações.

O EEESMO tem uma posição privilegiada no que diz respeito à prevenção da MGF e ao cuidado da mulher excisada, tal como lhe é reconhecido pelas competências plasmadas no Regulamento nº 391/2019.

Palavras-chave: Mutilação Genital Feminino; Circuncisão; Infibulação; Guiné-Bissau e Portugal

ABSTRACT

This internship report main aim is to analyze the learning path acquisition of skills associated with the profile of specialized nurses in maternal and obstetric health nursing (EEESMO).

The specialized nursing care provided during the Internship with Report (ER) was guided by Nola Pender's Health Promotion Model. Health Promotion has been defined as a process that allows people to overcome challenges and increase control over their environments to improve their health (World Health Organization, 1986, cited by Murdaugh, 2019).

Female Genital Mutilation (FGM) violates a person's rights to health, safety and physical integrity, the right to be free from torture and cruelty, inhuman, or degrading treatment and the right to life when the procedure results in death. The number of cases of FGM in the Guinean community residing in Portugal is worrying, requiring urgent intervention by the EEESMO in the process of prevention and eradication of FGM.

To know the existing scientific evidence on this phenomenon, I started by carrying out a scoping review and in the next phase I developed an exploratory, descriptive study of the case study type and with a quantitative approach with the purpose of describing the phenomenon of FGM in the Guinean community residing in Portugal and to understand the EEESMO intervention in this context.

The results obtained show that it is essential to inform the communities about the various consequences of FGM, to know the ritual associated with FGM and to work together with the communities, to value the social meaning of the practice, applying the "no cuts" initiation projects.

There is also a lack of theoretical and practical knowledge among the professionals involved, requiring training to deal with these situations.

EEESMO has a privileged position about the prevention of FGM and the care of excised women, due to the powers granted by Regulation nº 391/2019.

Keywords: Female Genital Mutilation; Circumcision; infibulation; Guinea-Bissau and Portugal.

ÍNDICE

Introdução	14
1. Enquadramento teórico e conceptual	17
1.1. Mutilação Genital Feminina	17
1.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender	21
2. Procedimentos Metodológicos.....	23
2.1. Revisão Scoping.....	23
2.2. Estudo qualitativo exploratório e descritivo do tipo estudo caso..	26
2.3 Considerações Éticas	28
3. Percurso de aquisição de Competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	29
3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e período pré-natal	29
3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal.....	41
3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério .	53
3.4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da MGF	56
3.4.1 Divulgação da temática.....	57
3.4.2 Apresentação e discussão de Resultados	59
3.4.3 Principais conclusões implicações para a prática e limitações	66
Considerações finais.....	68
Referências bibliográficas	70
Anexos.....	
Anexo 1- Descrição da pesquisa na EBSCOhost	
Anexo 2- Parecer da Comissão de Ética	
Anexo 3- Síntese de Registo de Atividades Práticas	

Anexo 4- Certificado de Formadora	
Anexo 5- Formação Profissional de Agentes qualificados/as que atuem no domínio da Prevenção, Sensibilização e Combate a práticas tradicionais nefastas, em particular, à MGF	
Apêndices	
Apêndice 1- Complicações associadas à MGF	
Apêndice 2- Linguagem de Pesquisa	
Apêndice 3- Fluxograma Prisma.....	
Apêndice 4- Extração de dados	
Apêndice 5- Entrevista.....	
Apêndice 6- Questionário “Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção do Corte Genital Feminino”	
Apêndice 7- Análise de conteúdo.....	
Apêndice 8- Fluxograma de Decisão da Saúde Materna- Esboço.....	
Apêndice 9- Apresentação: Desconfortos Do 3º Trimestre De Gravidez	
Apêndice 10- Panfleto: Desconfortos do 3º Trimestre de Gravidez	
Apêndice 11- Cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia	
Apêndice 12- Guia Prático de Consulta Rápida.....	
Apêndices 13- Sessão de Formação- “Intervenção do Profissional de Saúde na prevenção da Mutilação Genital Feminina”	
Apêndice 14- Norma de procedimento - “Abordagem em situação de Mutilação Genital Feminina e em Situação de Risco”	
Apêndice 15- Sessão de Formação- “Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina”	

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório (ER), no 2º ano, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tem como objetivo refletir o percurso de aprendizagem e aquisição das competências definidas pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), bem como pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) e, ainda pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019). Neste relatório, o termo parteira, Enfermeiro Obstetra e EEESMO, são mencionados como sinónimos.

Segundo a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ, 2020) a MGF é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos de meninas e mulheres. Reflete a desigualdade enraizada entre os géneros e constitui uma forma extrema de discriminação contra as mulheres. A prática também viola os direitos da pessoa à saúde, segurança e integridade física, o direito de não sofrer tortura e de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e o direito à vida quando o procedimento resultar em morte.

Esta prática apesar de ancestral, continua muito presente em algumas culturas, pois existem mais de 200 milhões de meninas e mulheres, que foram submetidas a MGF (OMS, 2020). Por ano, mais de 3 milhões de meninas e mulheres, estão em risco de serem submetidas a esta prática, estima-se que até 2030, com base nas previsões de crescimento populacional, haverá 68 milhões de meninas e mulheres em risco de sofrer algum tipo de MGF (OMS, 2023a). Na Resolução do Parlamento Europeu de 24 de março de 2009, estimava-se a existência de cerca de 500 000 mulheres com MGF a viver na União Europeia (EU)

e anualmente, 180 000 raparigas estão em risco de serem submetidas a esta prática (CNPDPJ, 2020). “O estudo do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Unicef, revela que a Guiné-Bissau tem 45% de mulheres e meninas com idades entre 15 e 49 anos que sofreram MGF entre 2004 e 2015” (Orientação no 008/2021).

A MGF é uma prática muito comum na Guiné-Bissau, que faz parte dos países de língua oficial portuguesa, pelo que existe uma grande comunidade guineense em Portugal. Porém não é conhecida a sua prevalência no nosso país.

O EEESMO como agente promotor da saúde sexual e reprodutiva da mulher, não pode ficar indiferente a esta realidade sem intervir no processo de prevenção e erradicação da MGF.

Como membro integrante da comunidade guineense em Portugal, sempre ouvi falar do “fanado” (terminologia utilizada na Guiné-Bissau para se referir à MGF), no entanto, não havia refletido sobre o assunto. Aos 15 anos, após a leitura do livro “Mutilada”, uma autobiografia de Khady Koita, onde a autora relata a barbaridade que sofreu, comecei a pensar de outro modo sobre esta temática e tracei como objetivo pessoal, contribuir de alguma forma para a redução desta prática. Esta foi a oportunidade para aprofundar o meu conhecimento relativo à MGF e desenvolver um estudo sobre a MGF na comunidade guineense a residir em Portugal, que pretende aclarar este fenómeno e a intervenção do EEESMO neste âmbito.

A teoria de enfermagem que norteou a minha prática de cuidados, foi o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola J. Pender. A promoção da saúde, foi definida como um processo para permitir que as pessoas superem desafios e aumentem o controle sobre seus ambientes para melhorar a sua saúde (Organização Mundial da Saúde, 1986, citado por Murdaugh, 2019). A MGF é um problema de saúde que depende do ambiente onde a menina/mulher está inserida.

Este Relatório está dividido em três partes, começa pelo Enquadramento teórico e conceptual onde defino e contextualizo o fenómeno da MGF e o MPS de Nola J. Pender. Na segunda parte abordo as opções metodológicas, começando pela Revisão Scoping (RE), seguindo-se as que dizem respeito ao estudo qualitativo exploratório descritivo do tipo estudo caso, terminando com algumas considerações éticas. Na terceira parte relato e reflito criticamente sobre o percurso de aquisição de competências de Mestre e de EEESMO nos diferentes contextos de aprendizagem. O trabalho termina com as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. Mutilação Genital Feminina

A MGF consiste na remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outra lesão dos órgãos genitais femininos por razões não médicas (OMS, 2023a).

A MGF ou o Corte Genital Feminino (CGF), dependendo do país onde ocorre, pode ter algumas das seguintes designações: circuncisão feminina, excisão, *sunna*, operação, cirurgia genital feminina, clitoridectomia, prática tradicional, fanado, entre outras (Lisboa, et.al, 2015).

Segundo a CNPDPCJ (2020), a MGF, por norma, é realizada em meninas entre os 0 e os 15 anos de idade. O Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C (GTISSMGF/C, 2011) refere que a idade da execução da mutilação tem vindo a diminuir, principalmente nas zonas urbanas devido à perda do significado da prática enquanto ritual de passagem, à pressão para a existência de legislação acompanhada da expressão de crime, menor capacidade da criança para resistir, facilitando o procedimento tanto para a criança como para o executante diminuindo a hipótese de a criança rejeitar e opor-se à realização da mutilação. Mulheres adultas e casadas, também podem ser submetidas a esta prática, havendo casos em que mulheres de grupos não praticantes submetem-se, igualmente à MGF.

A MGF pode ser classificada em quatro tipos, segundo a OMS (2018) citado na Orientação nº 008/2021, o Tipo I- Clitoridectomia, consiste na remoção total ou parcial do clítoris e/ou do prepúcio do clítoris; o Tipo II- Excisão, remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem a excisão dos grandes lábios; o Tipo III- Infibulação, acarreta o estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris e o Tipo IV- Atos não classificados, são todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/picar, perfuração, incisão, corte, escarificação e cauterização.

A origem da MGF não é clara, Frade e Gonçalves (2007) referem que existem evidências de ter sido no Egito há cerca de 5000 anos. A MGF seria um dos costumes da época, existindo múmias egípcias que testemunham esta teoria. No Continente Africano

e no Médio Oriente a MGF também tem raízes ancestrais, contudo, mesmo nessas regiões há países onde a prática é recente ou simplesmente não existe (Frade & Gonçalves, 2007). No Reino Unido, durante o século XIX, procediam à remoção cirúrgica do clítoris para o tratamento da epilepsia, esterilização e masturbação.

As comunidades praticantes justificam a manutenção desta prática, segundo a CNPDPCJ (2020), com a cultura e tradição, obrigação religiosa, preservação da virgindade/castidade, controlo da sexualidade da mulher, aceitação social, requisito para casamento, ritual de passagem, preservação da honra da família, identidade de género, sentido de pertença e identidade de um determinado grupo. As razões religiosas para a prática da MGF, não têm fundamento nem referência no Corão, na Bíblia ou na Tora, no entanto existem líderes religiosos e de comunidades, menos esclarecidos, que defendem a MGF (CNPDPCJ, 2020). Assim,

“A MGF surge como uma forma de perpetuar o controlo e o poder masculino e das famílias sobre a sexualidade de cada mulher ao longo da sua vida. Associada à pureza e virgindade das mulheres, é, em algumas comunidades, um pré-requisito para casar e em que a sua prática ajuda a manter a moralidade e a fidelidade. Às famílias, incube-se a responsabilidade de tornar as filhas “aceitáveis” para um futuro marido” (Oberreiter, 2008 citado por Lisboa, et al 2015, p. 27)

Por outro lado, os pais e as mães, as tias, as avós e/ou restantes familiares, muitas vezes acreditam que submetendo as meninas à MG, estão a zelar pelos interesses da menina (CNPDPCJ, 2020).

Segundo a European Institute for Gender Equality (EIGE, 2015), com base em estudos desenvolvidos na UE, as gerações mais velhas e a população residente nas aldeias remotas da Guiné-Bissau, atribuem um significado e importância diferente à MGF em relação à geração mais nova e à população residente nas cidades, respetivamente.

Na literatura, estão descritos os malefícios da prática da MGF na vida da menina/mulher mutilada. Para melhor compreender as consequências, as autoras Frade e Gonçalves (2007) descreveram as complicações relacionadas com o tipo de mutilação. Além das complicações físicas, psicológicas, sociais e sexuais, é de ter em conta as complicações causadas pelas condições de assepsia do local onde a mutilação é realizada e a experiência do executante. Na Apêndice 1, encontram-se enumeradas as complicações mais frequentes nas meninas e mulheres submetidas à mutilação.

A experiência de MG e os seus efeitos psicológicos para algumas meninas/mulheres são comparáveis com a experiência de violação, provocando perturbações mentais e psicossomáticas, como, distúrbios nos hábitos alimentares e de sono, na capacidade de concentração e aprendizagem (OMS, 2001). Os traumas psicológicos e isolamento sócio afetivo atingem não só a população feminina que é mutilada, como também as meninas conviventes nessas comunidades que não são excisadas. Estas, podem ser socialmente estigmatizadas, rejeitadas pelas suas comunidades e incapazes de casar localmente (OMS, 2001; CNPDPCJ, 2020).

A MGF é uma prática nefasta que vai contra os direitos humanos, da mulher, da criança, sexuais, entre outros direitos. Citando o artigo 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas refere que *"No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment."* (Organizações das Nações Unidas [ONU], 2017). Todos temos "O direito a não ser submetido nem a tortura, nem a tratamento desumano ou degradante", como consta no 12º ponto da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (Federação Internacional de Planeamento da Família, 2000).

Com o objetivo de alcançar um mundo mais igualitário, a ONU desenvolveu os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo que a meta 4 do mesmo, tem como objetivo alcançar uma educação de qualidade, e a meta 5 refere-se à igualdade de género, onde especifica claramente a necessidade de *"Eliminate all harmful practices, such as child, early and forced marriage and female genital mutilation"* (ONU, 2022). Os objetivos estão ancorados no pressuposto, de que, a educação pode contribuir para a redução da desigualdade e em particular melhorar a igualdade de género.

Associadas à prática da MGF encontram-se estereótipos baseados na subordinação da mulher no contexto familiar e social, fortalecendo noções e realidades quanto ao papel da mulher nas diversas esferas da sociedade. A realidade da MGF perpetua situações de desigualdade constituindo um obstáculo ao exercício pleno do direito inalienável de cidadania (GTISSMGF/C, 2011).

Contextualizando a MGF em Portugal, a OMS coloca o país entre os países em risco no que diz respeito à prática da MGF devido às comunidades e pessoas imigrantes de países que apresentam prevalências de MGF, nomeadamente, o Egipto, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné-Conacri, Nigéria, Senegal, entre outros (Orientação nº 008/2021). Citando

Lisboa et al (2015), “As pessoas migrantes transportam consigo um conjunto de valores, crenças e rituais (culturais), que se tornam parte das suas trajetórias e vivências”.

Com base no descrito na Orientação nº 008/2021, em 2014, segundo informação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 8819 mulheres provenientes da Guiné-Bissau estavam registadas em Portugal. Estes dados remetem para a eventualidade de existirem meninas e raparigas serem submetidas à MG e rituais associados, em período de férias escolares aquando da visita a familiares nos países de origem, ou até a possibilidade desta prática ocorrer em Portugal.

Como consta no documento da DGS (2022) entre janeiro de 2018 e dezembro de 2021 foram registados 426 casos de MGF em Portugal (registados corretamente), maioritariamente na região de Lisboa e Vale do Tejo. Os dados foram obtidos através dos registos extraídos da Plataforma de Registo de Saúde Eletrónico, das respetivas unidades de saúde. A média de idades atual destas mulheres é de 30,6 anos, variando entre os 7 e os 56 anos.

Na UE foi desenvolvida e testada na Irlanda, Portugal e Suécia uma metodologia para estimar o risco de MGF. Estes estados-membros foram selecionados com base em vários critérios, como ter um plano de ação nacional e uma lei específica para processar a MGF e criar registos específicos da MGF em diferentes contextos, como cuidados de saúde, proteção infantil, asilo e serviços de imigração e fronteira. O estudo foi publicado em junho de 2015, e nele consta que em 2011, em Portugal, 5 a 23% das 5.835 raparigas (dos 0 aos 18 anos) originárias de países de risco de MGF tinham probabilidade de serem excisadas (EIGE, 2015).

Em Portugal, existe a Lei n.º 83/2015 do código penal, que tem como objetivo punir com pena de prisão de 2 a 10 anos a quem praticar MGF. Em concreto o artigo 144.º-A, menciona que “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.” Esta lei também pune os atos preparatórios da MGF com pena de prisão até 3 anos. Existe igualmente a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 142/2015) que confere às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens a capacidade de prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral da criança (CNPDPJ, 2020).

1.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender

As teorias de Enfermagem têm como objetivo melhorar a prática de Enfermagem, beneficiando as pessoas, as famílias e as comunidades, resultando no aumento da qualidade de vida dos clientes (Parker & Smith, 2015). Segundo estes autores, quando um modelo teórico é utilizado para organizar o cuidado de Enfermagem em qualquer ambiente, fortalece a abordagem do cuidado e dá consistência à comunicação e às atividades relacionadas ao cuidado de Enfermagem. As teorias de Enfermagem fornecem modos coerentes de ver e abordar o cuidado das pessoas no seu ambiente. O desenvolvimento de teorias de Enfermagem e modelos de prática guiados por teoria avança a disciplina e a prática profissional de Enfermagem (Parker & Smith, 2015).

Para a teórica Nola J. Pender, o objetivo da Enfermagem é ajudar a pessoa a cuidar de si própria e existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da promoção da saúde (Pender in Tomey & Alligood, 2004). Contudo, o comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, a afetação e regulamentação do comportamento de promoção de saúde. A percepção de resultados positivos antecipadamente, facilitam a alteração do comportamento de saúde. A imaginação ou constatação antecipada de barreiras e custos pessoais de ter determinado comportamento, são bloqueios para a ação. As influências interpessoais, crenças e atitudes dos outros (normas, apoio social e modelagem), a percepção e o conhecimento pessoal sobre a situação ou contexto, podem facilitar ou dificultar o comportamento (Tomey & Alligood, 2004).

Murdaugh et al., 2019, mencionam que os primeiros esforços de promoção da saúde focavam a responsabilidade individual pela saúde e enfatizavam os determinantes comportamentais e as abordagens educacionais. No entanto, as evidências mostram que os programas de promoção da saúde também devem abordar os ambientes sociais e físicos, pois estes também contribuem para problemas de saúde. Estes autores consideram que a promoção da saúde e a educação para a saúde (EPS) são muitas vezes usadas de forma intercambiável. Embora os termos estejam intimamente ligados, não são os mesmos. A EPS centra-se em atividades e experiências de aprendizagem para indivíduos e grupos, é uma componente da promoção da saúde, é uma parte essencial

da comunicação entre profissionais de saúde e clientes e centra-se em atividades e experiências de aprendizagem para indivíduos e grupos (Murdaugh et al., 2019).

No MPS, os comportamentos de saúde dos indivíduos são resultado do ambiente que é compartilhado com outros membros da família e as suas ações e características pessoais. No mesmo alinhamento, as informações sobre saúde são compartilhadas e comportamentos são aprendidos, praticados e reforçados no quotidiano, facilitados ou dificultados por valores e crenças familiares (Murdaugh et al, 2019).

O MPS, pode ser aplicado ao longo do ciclo de vida do indivíduo e em diversos contextos. A EPS, permite aos profissionais de saúde fornecerem ao cliente informações que consideram importantes no processo de tomada de decisão compartilhado, para a promoção da sua saúde (Murdaugh et al, 2019).

A MGF é uma prática que atenta a promoção da saúde, pelo que, o MPS mostrou-se adequado para enformar a minha prática de cuidados em geral e em particular na abordagem das vítimas de MGF.

O MPS privilegia uma abordagem à comunidade no sentido positivo através da motivação para a promoção da saúde em vez de ser no sentido da punição, medo ou ameaça (Tomey & Alligood, 2004). Neste sentido, a intervenção do EEESMO será a promoção de um clima positivo para a mudança, servindo como catalisador para a mudança, auxiliando nas etapas do processo de mudança e aumentando a motivação do indivíduo para manter a mudança (Murdaugh et al., 2019).

No âmbito da MGF a promoção da saúde das mulheres que sofreram esta prática, ou em risco, passa pelo processo de EPS e sensibilização englobando não só a mulher, mas também a comunidade, no sentido de prevenir a continuidade da prática em suas descendentes, os homens, líderes religiosos, comunitárias e poder local, Organizações não Governamentais e Associações devem ser incluídos (GTISSMGF/C, 2011).

Seguindo o MPS, alterando o comportamento de alguns elementos da comunidade, é possível alterar a atitude dos restantes em relação à MGF. Deste modo é fundamental dialogar com as comunidades, disseminar a informação, assim como consciencializar e reforçar os mecanismos nacionais de saúde, educação e intervenção social (GTISSMGF/C, 2011).

Assim, o EEESMO precisará de adquirir conhecimentos sobre a MGF, preparar-se para prestar cuidados e realizar EPS culturalmente sensíveis.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo descreve as opções metodológicas para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do 2º ciclo, com ênfase na abordagem da temática em estudo, na investigação desenvolvida e abordando por último as questões éticas.

Como foi referido anteriormente, a melhor forma de combater a MGF é através do conhecimento, deste modo, é imperativo que os profissionais de saúde estejam dotados de conhecimentos para melhor cuidar as vítimas ou possíveis vítimas de MGF, criando empatia com uma possível vítima de MGF, criança em risco ou familiares, abordando com respeito mútuo, franqueza e abertura de espírito, evitando quaisquer julgamentos e opiniões preconcebidas, sem prejuízo da afirmação do desvalor e crime da MGF em vários países (CNPDPJ, 2020).

Deste modo, foram delineados como objetivos para o desenvolvimento da competência específica “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da MGF”: mapear a evidencia científica existente sobre o fenómeno da MGF na comunidade guineense residente em Portugal; aprofundar o meu conhecimento sobre a MGF; descrever o fenómeno da MGF na comunidade guineense residente em Portugal; compreender a intervenção do EEESMO na prevenção da MGF e no cuidar destas mulheres.

2.1. Revisão Scoping

A MGF é uma prática nefasta, que carece de estudos e estratégias para a sua erradicação. Deste modo, surgiu a questão: Qual o conhecimento existente sobre a mutilação genital feminina na comunidade guineense? Uma pesquisa inicial foi realizada no dia 7 de julho de 2021 no *Joanna Briggs Institute (JBI), Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, nas bases de dados eletrónicas *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* e na literatura cinzenta, verificou-se que não existiam RS que dessem resposta a esta questão, sendo o intervalo temporal considerado 2016 até à data da pesquisa

inicial. Assim considerou-se relevante a realização desta RS sobre a MGF na comunidade guineense e definiu-se como **Título:** Mutilação genital feminina na comunidade guineense: uma revisão scoping, **Questão:** Qual o conhecimento existente sobre a mutilação genital feminina na comunidade guineense? Os **Objetivos** foram: mapear o conhecimento existente sobre a MGF; aprofundar o conhecimento sobre a MGF na comunidade guineense; recolher contributos para a elaboração do “Guia orientador da entrevista”.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos com base na mnemónica PCC: População- mulheres; Conceito- mutilação genital feminina; Contexto- qualquer naturalidade/país, com o propósito de auxiliar a seleção dos estudos mais adequados para responder à questão de pesquisa. Incluiu-se toda a literatura em que os participantes sejam mulheres que sofreram MG ou em risco de sofrer MG independentemente da idade ou naturalidade, bem como os conceitos de Mutilação/Corte Genital, Circuncisão ou infibulação. Também se incluíram estudos que envolvem a comunidade guineense, Portugal ou Europa (contexto). Os termos Portugal e Europa formam incluídos no contexto com o objetivo de alargar os resultados obtidos. Segundo Borges (2011), as ligações históricas e o domínio da língua são fatores que motivam a emigração da população guineense preferencialmente para Portugal.

Foram aceites como fonte de informação toda a literatura existente, desde estudos (primários e secundários) quantitativos, qualitativos e mistos, bem como, artigos de opinião e guidelines. Considera-se o limite temporal todos os documentos publicados a partir do ano de 2011 até setembro de 2022, em idioma inglês, espanhol ou português. Como **critério de exclusão**, todos os artigos que não estavam disponíveis em texto integral.

PALAVRAS-CHAVE: Female Genital Mutilation/ Cutting; Circumcision; infibulation; Guinea-Bissau, Portugal, Europe

- **Estratégia de pesquisa**

De acordo com o proposto pelo JBI, a estratégia de pesquisa ocorreu em três etapas. Na primeira foi efetuada uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Academic Search Complete, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search. Seguiu-se uma análise do título, do resumo e das palavras-

chave. Assim, formularam-se as seguintes palavras-chave: Female Genital Mutilation/ Cutting; Circumcision; Infibulation; Guinea-Bissau, Portugal e Europe (Apêndice 2).

A segunda etapa passou pela pesquisa bibliográfica da evidência científica nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Academic Search Complete utilizando os termos naturais e termos de indexação definidos (Anexo 1). Os termos naturais e indexados da questão foram conjugados com o operador booleano "OR" e entre os termos do PCC foi aplicado o operador booleano "AND".

Por último, a terceira etapa constituiu a seleção dos estudos e artigos que contemplam os critérios de inclusão anteriormente definidos.

Da pesquisa na base de dados CINAHL, MEDLINE e Academic Search Complete foram identificados 112 artigos, após a exclusão dos artigos duplicados, ficaram 66 artigos. Depois da leitura dos títulos, selecionaram-se 40 artigos dos quais restaram 30 artigos para a leitura do resumo tendo-se excluído nesta fase 3 artigos. Dos 27 artigos lidos na íntegra, 4 foram excluídos por não acrescentarem informação relevante para a RS, ficando com 23 artigos. Este processo está descrito no Fluxograma Prisma que pode ser consultado na Apêndice 3.

- **Extração de dados e Resultados**

Para o processo de extração de dados elaborou-se um instrumento que permite visualizar e sumariar os resultados, em função dos objetivos e questão formuladas previamente, deste modo fornece ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados da RS. Os dados foram extraídos de acordo com a metodologia descrita pelo JBI (Peters et al, 2020). Foi elaborada uma tabela (Apêndice 4) onde consta: o(s) autor(es) e ano de publicação; país de publicação, título; objetivo; metodologia e o resultado.

Os resultados obtidos na RS serão utilizados para a discussão dos resultados granjeados na fase seguinte desta investigação (subcapítulo 3.4).

2.2. Estudo qualitativo exploratório e descritivo do tipo estudo caso

A MGF é um fenómeno social sem restrição geográfica e temporal, envolve várias comunidades, culturas e religiões, pelo que a procura pela compreensão desta prática carece de estudos nesses diversos contextos. Neste sentido, foi meu propósito contribuir para colmatar esta lacuna, desenvolvendo um estudo de investigação de abordagem qualitativa, exploratório, descritivo, do tipo estudo caso. A opção por este design mostrou-se a mais adequada, para estudar de forma aprofundada a MGF num grupo específico de pessoas, que pertencem à comunidade guineense residente em Portugal, em que é uma prática presente e atual (Prodanov & Freitas, 2013). O Estudo de caso permite explorar a complexidade de fenómenos em contextos específicos, utilizando uma variedade de fontes de dados (Gómez, 2021). A pesquisa exploratória permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspetos, em geral, envolve o levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado. Já os estudos descritivos caracterizam-se pela descrição dos factos observados, sem a intervenção do investigador e visam descrever as características de determinada população ou fenómeno (Prodanov & Freitas, 2013).

- **Método de recolha de dados**

A entrevista é a obtenção de informações de um entrevistado sobre determinado assunto ou problema, a entrevista é estruturada quando o entrevistador segue um guião preestabelecido (Prodanov & Freitas, 2013). Este tipo de entrevista tem como vantagem partir de um guião de perguntas e permitir que algumas das perguntas sejam exploradas em maior detalhe (Magalhães, 2021).

Para a elaboração do guião de entrevista semiestruturada (Apêndice 5) integrei alguns dos resultados obtidos na RS e por existirem mulheres que não valorizam ou não reconhecem as consequências da MGF, segundo González-Timoneda, et al. (2021), participantes circuncisadas, expressaram que não há complicações associadas à MGF. A existência de mulheres confortáveis com a MGF, remete para a necessidade de evitar a utilização da terminologia “mutilação” por ser considerada crítica e potencialmente desrespeitoso com as comunidades praticantes (Johnsdotter & Essén, 2016). Isto é, a

utilização da terminologia “mutilação” pode criar uma barreira entre os profissionais e a comunidade praticante da MGF, tornando difícil a sensibilização para os riscos da MGF. Por esse motivo, no questionário e na entrevista, foi substituído a palavra “mutilação” por “corte”. O guião da entrevista continha 8 questões.

Para selecionar os participantes definiram-se como critérios: indivíduos da comunidade guineense a residir atualmente em Portugal, de ambos os géneros, que tenham contacto com a realidade da MGF e com idade superior a 18 anos. Sendo os critérios de exclusão, todos os indivíduos que não cumpram os critérios de inclusão. Foi utilizada a técnica de amostragem do tipo bola de neve. Esta técnica de amostragem permite chegar a indivíduos que normalmente não são reconhecidos por pessoas estranhas àquele sistema social (Fontanella, 2021). Deste modo, o estudo foi divulgado nas Associações e Instituições que integram membros com um conhecimento privilegiado sobre a temática da MGF. Também foi divulgado entre membros da comunidade Islâmica em Lisboa.

Na primeira abordagem aos participantes foram dadas todas as informações relativas ao âmbito e objetivos do estudo, metodologia de colheita e de análise de dados, bem como sobre os fins a que se destinam. Foi igualmente dada oportunidade para esclarecimento de questões ou dúvidas. No final desta “entrevista inicial”, aos indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão e que concordaram participar, foi solicitado o preenchimento online, de um pequeno questionário elaborado no Google Forms “Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção do Corte Genital Feminino” (Apêndice 6) em que estava integrado o pedido de *Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no estudo de investigação* e que tinha igualmente como pretensão, colher alguns dados sociodemográficos dos participantes e caracterizadores do seu conhecimento sobre a prática da MGF na sua comunidade.

O estudo contou com a participação de 6 indivíduos e todos preencheram o questionário e autorizaram a gravação e utilização dos dados fornecidos, para fins académicos e científicos.

Foram realizadas 6 entrevistas entre 26.04.2022 e 28.08.2022, online via plataforma Zoom, o que permitiu gravar as entrevistas para posterior transcrição e análise do verbatim com recurso à técnica de análise de Conteúdo de Bardin, que se apresenta, como um método sistemático e rigoroso (Costa & Amado, 2018 citados por

Brandão et al., 2021). A análise qualitativa de dados pode ser definida como o processo que procura dar sentido à experiência humana, reduzindo, identificando padrões e dando sentido a grandes quantidades de informação (Brandão et al. 2021).

Cada entrevista foi identificada com Entrevista 1 (E1) até à Entrevista 6 (E6), e tiveram duração média de 18 minutos. De modo a facilitar a análise de conteúdo dos dados colhidos, foi utilizado software WebQDA.

Na primeira fase, foi feita a pré-análise, que pode ser identificada como a fase de organização (Bardin, 2015). As entrevistas foram todas transcritas e feita uma leitura flutuante (Bardin, 2015), onde surgiram alguns temas.

A fase seguinte, de exploração do material, segundo Bardin (2015), *“consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”*. Assim, foram selecionadas as unidades de codificação através do recorte de frases/palavras e agrupados por temas, depois agrupadas em 11 categorias, foi feita representação simplificada dos dados. O relatório completo desta análise encontra-se no Apêndice 7.

2.3 Considerações Éticas

No exercício da minha prática, tive em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018), respeitei o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, seguindo os princípios da beneficência e não maleficência; fidelidade e responsabilidade; integridade; justiça e respeito pelos direitos e pela dignidade do entrevistado (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), priorizando sempre que possível os desejos da mulher/casal, no sentido da prestação de cuidados de excelência centrados nestes.

Para garantir a qualidade e regularidade da investigação solicitei parecer à Comissão de Ética da ESEL que foi deferido (Anexo 2).

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo será descrito num formato critico e reflexivo, o percurso de aquisição de competências de Mestre e EEESMO. Está dividido em quatro subcapítulos: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e período pré-natal, Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal, Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério e Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da MGF. No Anexo 3, encontra-se o resumo das atividades realizadas durante o ER.

3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e período pré-natal

Segundo a OMS (2023b), os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são uma abordagem à saúde e bem-estar de toda a sociedade “centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar.” O Decreto-Lei nº 28/2008, refere que a UCSP presta cuidados de saúde personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

A promoção da saúde e as intervenções primárias demonstraram ter benefícios substanciais na melhoria da longevidade e qualidade de vida (Murdaugh et al., 2019). As estratégias de prevenção primária reduzem a ocorrência e prolongam o aparecimento de doenças. O EEESMO tem a oportunidade de promover a saúde sexual e reprodutiva da mulher/família/comunidade, rastrear e intervir precocemente em caso de doença.

A consulta de Planeamento Familiar (PF) tem por desígnio, prestar cuidados em saúde reprodutiva, promover a saúde através da informação e aconselhamento sexual,

prevenir e diagnosticar precocemente as infecções sexualmente transmissíveis (IST), o cancro do colo do útero e da mama, prestar cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenir o tabagismo e consumo de drogas ilícitas (DGS,2008).

O EEESMO tem competências para realizar uma avaliação abrangente das necessidades de saúde sexual e reprodutiva, avaliar os fatores de risco e o comportamento de risco, fornecer informações e conselhos de saúde adaptados às circunstâncias individuais das mulheres e da família (ICM, 2019)

Assim para desenvolver as competências de EEESMO necessárias ao cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do PF e durante o período preconcepcional, no contexto de CSP foi necessário realizar as consultas em parceria com a equipa médica, uma vez que a minha orientadora clínica (OC), por indisponibilidade de agenda, não as efetuava.

Nas consultas de PF informei e forneci métodos contraceptivos, esclareci dúvidas em relação à utilização dos mesmos, realizei intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher (colpocitologia). Em algumas destas consultas, também concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção da saúde e prevenção das IST, através da EPS e realização do rastreio de infeções por clamídia e gonococos.

A DGS (2015) refere que a gravidez é um estado de saúde, um processo fisiológico, vivenciado por muitos milhões de mulheres. Não sendo um estado de doença que necessite tratamento, a gestação, a adaptação a um novo papel e a modificação fisiológica corporal e emocional necessitam ser vigiados para que o desfecho seja favorável. Segundo a Lei nº110/2019, Artigo 15.º-C, os serviços de saúde devem garantir a assistência da mulher grávida e assegurar a atribuição de médico de família, ou, no caso de tal não se revelar possível, o acesso prioritário à prestação de cuidados de saúde. Com base nesta premissa e por haver uma percentagem relevante da população abrangida pelo Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) que não tem médico de família, em 2019, criou-se nesta UCSP o projeto “Via Verde Saúde Materna” com o objetivo de permitir o acesso às consultas de vigilância da gravidez, da mulher grávida e sem médico de família. A equipa é constituída por Médicos Especialistas em Medicina Geral e Familiar, Administrativas e duas EEESMO, que assumiam em parceria com os médicos a vigilância das grávidas.

Com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta às famílias desta UCSP sem médico de família, a equipa do projeto VVSM em conjunto com a equipa “Via Verde Saúde Infantil” deram início no final do mês de janeiro de 2022, ao projeto “Via Verde Saúde”. A concretização deste projeto foi possível com o esforço contínuo dos Médicos, da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e em particular da EEESMO que era a minha OC neste EC.

O EEESMO tem competências para conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal (Regulamento n.º 391/2019). Uma vez que a minha orientadora estava diretamente envolvida na conceção, planeamento e implementação do projeto VVSM e atualmente no projeto “Via Verde Saúde”, tive a oportunidade assistir às reuniões de equipa e participar na organização do projeto, colaborei na execução do esboço do fluxograma de decisão da Saúde Materna (Apêndice 8) do projeto “Via Verde Saúde” no âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco, fundamentado no “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco”, ressaltando que até ao final do estágio, o fluxograma ainda estava em construção.

Está explanado nas Competências Específicas do EEESMO no Regulamento n.º 391/2019, que o enfermeiro especialista tem autonomia para diagnosticar e monitorizar a gravidez, avaliar o bem-estar materno-fetal, informar sobre sinais e sintomas de risco, o autocuidado no pós-parto e os cuidados ao RN, promover a decisão esclarecida, incentivar a adoção de comportamentos saudáveis, transmitir informação e encaminhar a grávida/puérpera para os recursos disponíveis na comunidade, identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, referenciando a mulher para outros elementos da equipa.

Apesar do EEESMO ter competências para vigiar a grávida de baixo risco com total autonomia, subsistem limitações na sua prática clínica. Não existe legislação, em Portugal, que suporte a realização da prescrição de suplementos, nem para a requisição de exames complementares de diagnóstico, o que não é congruente com o preconizado pelo ICM (2019), na vigilância da gravidez de baixo risco, as ecografias, análises e suplementação podem ser requisitadas e prescritas pelo EEESMO. O Regulamento n.º 391/2019, também refere que o EEESMO tem competência para prescrever exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco.

As consultas que realizei neste contexto clínico foram fundamentadas nas recomendações do Programa de Vigilância para a Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015).

A mulher com suspeita de gravidez, procurava a UCSP, e solicitava à administrativa uma consulta médica. Idealmente a primeira consulta era marcada o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre (DGS, 2015). Contudo, o elevado número de solicitações, e por muitas utentes serem estrangeiras não legalizadas em Portugal, implicava que muitas mulheres realizassem a primeira consulta no 2º ou 3º trimestre da gravidez.

Na primeira consulta era definida a idade gestacional (IG) de acordo com a data da última menstruação (DUM). Consoante a IG, eram solicitados os exames complementares de diagnóstico (análises e ecografia) e prescrita suplementação (ácido fólico, se não fazia) pelo médico. Nesta consulta, confirmava o diagnóstico de gravidez, efetuava a avaliação inicial, identificando os antecedentes pessoais e familiares de saúde e doença, antecedentes obstétricos e ginecológicos, dados da gravidez atual, hábitos e estilos de vida, consumo de substâncias aditivas e de fármacos, enquadramento sociofamiliar, cultural, profissão e escolaridade (DGS, 2015). Entregava o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e a mulher era informada de que deveria tê-lo sempre consigo. No BSG era registado os resultados das avaliações realizadas nas consultas, o grupo sanguíneo, a data provável do parto, o local onde as consultas eram realizadas, os antecedentes pessoais e obstétricos, os exames laboratoriais e as ecografias realizadas. Aprendi a preencher o BSG, compreendi os dados relevantes a serem registados, inicialmente tinha mais dificuldade na transferência dos dados clínicos das ecografias obstétricas, mas no final do estágio, já era capaz de interpretar os resultados obtidos, preencher o BSG e solicitar apoio sempre que detetava desvios da normalidade.

Em todas as consultas avaliava o estado geral da grávida, o bem-estar materno-fetal (peso, tensão arterial, teste de Combur, pesquisa de sinais de anemia e edemas). A partir da segunda consulta (entre as 14 e as 16 semanas) avaliava a Frequência Cardíaca Fetal (FCF) com o Doppler. Esta monitorização permitia detetar precocemente situações desviantes do normal curso da gravidez e do bem-estar materno e fetal, adequando os cuidados às diferentes situações (DGS, 2015 e Sequeira, Seabra, Sousa, Pousa et al., 2020). Todas as avaliações da FCF que realizei, encontravam-se com valores dentro do normal (entre os 120-180 em gestações inferiores a 28 semanas e entre os 110-160 em gestações

com mais de 28 semanas) (Sequeira, Seabra, Sousa, Pousa et al., 2020). Utilizei as Manobras de Leopold, para caracterizar a apresentação e a situação fetal, (Sequeira, Henriques, et al., 2020), e identificar o local no abdómen materno em que a FCF é audível.

Em todas as consultas que realizei de forma autónoma com supervisão da OC, determinei fatores de risco e o grau de risco pré-natal através da avaliação dos critérios inseridos na Tabela de Goodwin modificada (DGS, 2015). Todos estes dados eram registados no processo informático da grávida e também no BSG.

No que diz respeito à EPS e integrando o MPS (Murdaugh et al., 2019) aproveitei todas as oportunidades para incentivar a grávida e o acompanhante a adotarem estilos de vida mais saudáveis (exemplo, abandono do consumo de tabaco), abordava a temática da alimentação, prevenção da toxoplasmose, ergonomia, cuidados à pele, higiene, vestuário, atividade física e sexual, atividade laboral e prevenção de infeção (DGS, 2015). Informava a grávida sobre a fisiologia e desconfortos em cada trimestre da gravidez, antes das 35 semanas, explicava à gestante como deveria proceder à contagem dos movimentos fetais após as 35 semanas, os sinais de alerta para recorrer ao serviço de urgência, incluído os sinais relacionados à diminuição ou falta de movimentos fetais. A EPS também contemplava a divulgação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, a legislação de proteção na gravidez e de apoio à parentalidade, a promoção do AM, a comunicação intrauterina, sintonia entre as emoções da mãe e as reações do feto e a preparação da mala para a maternidade, do quarto e do enxoval do bebé (DGS, 2015).

Realizei também EPS sobre a importância de manter o Plano Nacional de Vacinação atualizado e das vantagens para o bebé a realização da vacinação contra a tosse convulsa durante a gravidez, com base na Orientação nº 002/2016 da DGS, citando a OMS, Portugal foi, em 2012, considerado com padrão de reemergência da tosse convulsa, em menores de 1 ano de idade com maior carga da doença no grupo etário inferior a 2 meses, incidindo a letalidade quase exclusivamente neste grupo. A vacinação deve efetuar-se na altura da gravidez em que a passagem de anticorpos é mais eficaz, o que acontece entre as 20 e as 36 semanas, mas principalmente entre as 20 semanas e as 32 semanas de gravidez sendo necessário repetir a vacinação em cada gravidez (Orientação nº 002/2016). As grávidas compreendiam a vantagem e todas consentiram a vacinação contra a tosse convulsa.

Às 22 semanas de gestação, as grávidas que tivessem interesse em participar nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP) eram inscritas. Nestes cursos são ministradas aulas a grupos de casais que, desta forma, podem partilhar as suas ideias e dúvidas (Pereira, 2016).

Segundo o artigo 15.º -D da Lei nº 110/2019, os CPNP “têm como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na mulher grávida, casal ou família para uma adequada vivência da gravidez, parto, puerpério e transição para a parentalidade”. A lei nº 110/2019 refere ainda, que os CPNP devem envolver uma equipa multidisciplinar, ter uma componente teórica e outra prática e devem ocorrer, preferencialmente nos CSP, em horário pós-laboral, de modo que possam participar a mulher grávida, o pai, ou outra pessoa de referência, que trabalhem, sendo da responsabilidade do EEESMO conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar os programas de preparação completa dos futuros pais, tendo em vista o seu novo papel (Pereira, 2016 e Regulamento n.º 391/2019).

Em conjunto com a EEESMO, participei em algumas das sessões em que abordei os temas da amamentação, Plano de Parto e cuidados ao recém-nascido (RN).

Segundo Lothian (2000), citado por Lopes (2016), o plano de parto deve ser muito mais do que a elaboração de uma lista de opções e escolhas, deverá refletir o envolvimento pessoal que confira confiança ao casal, permitindo criar um ambiente de segurança que culmine com uma experiência de parto satisfatória.

Nas aulas do CPNP, foi explicado aos participantes que neste processo as dúvidas devem ser esclarecidas para que a grávida/casal se sintam seguros e capacitados para parir com o mínimo ou total ausência de intervenções técnicas no decurso do parto normal (Lopes, 2016). As situações de risco também devem ser abordadas, um casal esclarecido, tem maior receptividade às alterações ao plano que podem acontecer.

Uma vez que as participantes das aulas estavam no 3º trimestre da gravidez e durante as aulas iam colocando algumas questões relacionadas com os desconfortos, após discussão com a EEESMO sobre as necessidades das grávidas, autonomamente planeei e realizei 2 sessões de EPS sobre os “Desconfortos do 3º Trimestre” (Apêndice 9). Na apresentação comecei por explicar as causas fisiológicas de cada um dos desconfortos seguindo-se a descrição das estratégias de alívio. As participantes reconheceram alguns desconfortos, referiram que o conteúdo foi pertinente e solicitaram a informação de

forma resumida para que quando surgissem dúvidas, conseguissem consultar facilmente. Desta forma elaborei um panfleto com o conteúdo da apresentação (Apêndice 10). A sessão foi relevante no sentido em que, as grávidas tiveram acesso a informação com base em evidência científica, contribuindo para a sua literacia em saúde. Também a EEESMO identificou a mais-valia destes conteúdos e irá anexá-los nas futuras sessões.

Com esta participação no CPNP, foi possível desenvolver as competências de EEESMO na conceção, planeamento implementação de aulas, com enfoque na promoção do plano de parto, informação, orientação da grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.

Para o desenvolvimento de competências no cuidado da mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno -fetal (Regulamento n.º 391/2019), contribuíram também os contextos clínicos hospitalares: Internamento de Obstetrícia (IO) e Consultas Externas de Obstetrícia (CEO).

O acesso à CEO é feito por referência das Unidades de CSP (ou privados) da área de abrangência do hospital. A CEO e a Urgência Obstétrica são dois vetores de acesso ao IO, em que, prestei cuidados de enfermagem especializados às utentes grávidas com patologia associada como por exemplo, diabetes gestacional (DG), hipertensão (HTA) gestacional, colestase intra-hepática da gravidez (CIHG), ameaça de parto pré-termo (APPT), rutura prematura de membranas (RPM), bem como a grávidas internadas para interrupção médica da gravidez (IMG) ou para Indução do trabalho de Parto (ITP).

Uma das primeiras grávidas a quem prestei cuidados tinha 33 anos de idade e vivenciava a sua primeira gravidez e gemelar, com 34 semanas e 4 dias, tinha ficado internada com o diagnóstico de pré-eclampsia sem critérios de gravidade.

A HTA induzida pela gravidez, constitui a causa mais importante de morbilidade e mortalidade materna e perinatal, o parto é o único meio de tratamento definitivo desta patologia (Monteiro & Leite, 2016). A ocorrência desta complicação em idades gestacionais precoces contribui para a prematuridade iatrogénica, frequentemente associada a restrição de crescimento fetal. Segundo Monteiro e Leite (2016), o protelar da gravidez para uma idade mais avançada acarreta uma maior incidência de HTA crónica. Mas a própria gravidez pode impor um estado hipertensivo que surge na segunda metade

da mesma, cuja forma mais grave é a pré-eclâmpsia/eclâmpsia (Monteiro & Leite, 2016), caracterizada pelo aparecimento de HTA associada a proteinúria e/ou edema patológico (de tipo nefrótico), após as 20 semanas de gravidez em mulheres previamente normotensas (Graça, 2017). Eclâmpsia designa o quadro de pré-eclâmpsia complicado por convulsões ou coma, desde que estejam excluídas outras causas (ex. epilepsia) (Graça, 2017).

Assim, nos cuidados a esta grávida, avaliei a tensão arterial de forma seriada, monitorizei a diurese e proteinúria ocasional, avaliei a presença de sinais e sintomas de agravamento da HTA, nomeadamente, pródromos de eclâmpsia, vigiei o bem-estar fetal através da avaliação cardiotocográfica (CTG) e suspensão da medicação anti hipertensora, de acordo com prescrição médica (Monteiro & Leite, 2016). Foram instituídas medidas para controlo da TA da grávida, como restrição salina, solicitado apoio da dietista. A grávida cumpriu o repouso no leito, fazendo levantes por curtos períodos com o objetivo de reduzir a HTA e o risco de PPT (Monteiro & Leite, 2016).

Durante o EC, também prestei cuidados a várias grávidas com o diagnóstico de DG, que se caracteriza por uma intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado, pela primeira vez, durante a gravidez, independente da necessidade de insulino-terapia para o seu controlo ou do valor de glicémia aquando do diagnóstico (Carvalho & Centeno, 2017). Este pode ser feito na primeira consulta pré-natal, através do doseamento da glicémia plasmática em jejum e/ou através da prova de tolerância oral à glucose realizado entre as 24-28 semanas (Carvalho & Centeno, 2017). O controlo metabólico adequado é de suma importância como forma de evitar as complicações obstétricas e neonatais associadas à hiperglicemia. O mau controlo da diabetes está associado à morte fetal, pré-eclâmpsia, hidrâmnios, macrosomia, traumatismos de parto, dificuldade respiratória e hipoglicémia do RN (Carvalho & Centeno, 2017). Às grávidas internadas com o diagnóstico de DG, aplicava o protocolo do serviço que foi baseado na norma nº 007/2011 da DGS.

Todas as grávidas a quem prestei cuidados com mais de 30 semanas de gestação efetuaram monitorização CTG uma vez no turno e sempre que se justificou. Segundo Sequeira, Seabra, Sousa, et al. (2020) a CTG deve ser efetuada a partir das 30 semanas, no entanto, é possível adquirir traçados com boa qualidade de sinal com mais de 26 IG. Uma vez que ao longo da monitorização da CTG ocorrem alterações no estado do sono do feto e da atividade uterina, para que a verificação do estado fetal atinja critérios de

CTG normal segundo os critérios da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em 2015, a duração da CTG deve ser, no mínimo, de 30 min (Campos, et al., 2015).

As grávidas com mais de 27 semanas e com diagnóstico de APPT realizavam auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF) e apenas monitorizava as contrações uterinas através do Tocograma para aferir a necessidade de suprimir a contratilidade uterina através da administração de tocolíticos e do aumento do aporte de fluidos (hidratação oral e/ou soroterapia).

Antes de realizar a monitorização CTG, avaliava as queixas da grávida, informava sobre o procedimento, solicitava o consentimento para a sua realização, assegurava que a grávida tinha urinado, garantia a privacidade e sua segurança, realizava as manobras de Leopold para identificar o dorso fetal e aplicava transdutor de ultrassons nesse local. De seguida procedia à palpação do fundo uterino e instalava toco transdutor no local identificado como fundo uterino e na ausência de contração uterina colocava o toco a zero.

Para transmissão de informação sobre o CTG das grávidas e o registo do CTG no processo clínico de cada grávida, avaliava o exame segundo o Consenso da FIGO de 2015. Quando estava perante um CTG suspeito, informava a OC e a equipa médica. A grávida era transferida para o Bloco de Partos, uma vez que no Internamento de Obstetrícia não havia recursos humanos suficientes para realizar monitorização contínua do CTG e se houvesse necessidade de intervenção imediata a grávida estaria na unidade adequada (indução do parto ou cesariana). O EEESMO tem competências para avaliar e monitorizar a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados e assume a decisão de transferir, assegurando a transferência e o cuidado da grávida durante o transporte. Com a monitorização da CTG externa foi possível desenvolver estas competências e a tomada de decisão com base na evidência científica e supervisão.

Às grávidas com APPT, os cuidados que o EEESMO prestam centram-se na administração de terapêutica tocolítica, gestão da ansiedade, esclarecimento de dúvidas e inclusão do casal/família. As intervenções que melhoram o resultado neonatal como a maturação pulmonar fetal, profilaxia da infeção por *Streptococcus* do grupo B e promoção de neuroprotecção do RN em casos de APPT, são semelhantes ao realizado em situações de RPM pré-termo (Magro et al., 2016).

Com os cuidados que prestei às grávidas com patologia associada durante este EC, foi possível, conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez, com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. Cooperei com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez.

Ainda concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções à mulher em processo de IMG, dei apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto. Outra grávida de quem cuidei tinha 41 anos idade, 15 semanas e 1 dia IG e foi internada para realizar IMG por o feto ter alta probabilidade de nascer com trissomia 21. A IMG está ao abrigo da Lei nº 6/84, de 11 de maio, que refere que “não é punível o aborto efetuado por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida”. A IMG está autorizada quando constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida (até às 12 semanas de gestação) e quando existem motivos seguros para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação (até às 16 semanas de gestação). A Lei nº 90/97 (1997) veio alterar os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Pelo que a interrupção por motivos de doença grave ou malformação congénita fetal, passou a ser permitido até às 24 semanas de gestação.

O consentimento informado e esclarecido é obrigatório para a interrupção da gravidez por razões médicas. Deve estar devidamente assinado pela mulher ou pelo seu representante legal, que deverá ser submetido à Comissão Técnica de Certificação que tem a competência de certificar se a interrupção em causa se encontra em conformidade com a lei (Sousa, 2016). A possibilidade de interromper a gravidez representa para os pais uma alternativa desejada para as situações graves, em que o tipo de malformação e a sua gravidade se assumem como fatores determinantes da decisão (Sousa, 2006). A notícia de ter um feto descrito como malformado é angustiante e desestruturante. As decisões relacionadas com este tipo de interrupção são consideradas como uma das decisões mais complexas e difíceis da vida da mulher e do casal e de consequências imprevisíveis, pois trata-se de terminar uma gravidez na maioria dos casos desejada, inserida no projeto de

vida do casal, em que existe um forte envolvimento emocional e afetivo com o feto (Sousa, 2006, citada por Sousa, 2016). A ambivalência de sentimentos é marcada pelo alívio por poder interromper a gravidez de um feto malformado da incerteza face ao presente e ao futuro.

Pessoalmente, tenho dificuldade em lidar com a pessoa enlutada. Refletindo sobre a minha atuação perante esta situação de IMG, fui capaz de cuidar da mulher com empatia, estive presente, e pratiquei uma escuta ativa. Foi possível criar um ambiente de confiança e segurança, estar mais tempo com esta utente e dar-lhe o apoio emocional possível para a circunstância, uma vez que a grávida não queria estar acompanhada por nenhum familiar, mas demonstrou vontade de estar comigo.

Para complementar o EC, e porque durante o EC nos CSP, constatei que algumas grávidas eram encaminhadas para a CEO no hospital da área de residência, quando existia médio ou alto risco pré-natal, avaliado através da escala de Goodwin modificada (DGS, 2015), senti necessidade de compreender o circuito destas utentes.

A CEO da unidade hospitalar onde estagiei está dividida em várias unidades, sendo elas a consulta de Diagnóstico pré-natal, Peri parto e DG que são realizadas de forma autónoma pelo EEESMO. Existem também as consultas de medicina materno-fetal e as de medicina embrio-fetal que são consultas interdisciplinares, onde o EEESMO realiza a avaliação da grávida (monitorização CTG, ABCF, avaliação física, altura do fundo do útero, etc.).

Na consulta de diagnóstico pré-natal, eram cuidadas grávidas com idade superior a 35 anos, podendo também ser referenciadas grávidas com indicação para realizar rastreio combinado de aneuploidias do 1º trimestre para calcular o risco de trissomias 13, 18 e 21. Este é calculado tendo em conta a idade materna, a idade gestacional, os níveis dos marcadores bioquímicos no sangue (doseamento de B-hCG livre e proteína plasmática A associada à gravidez) e ecografia do 1º trimestre (medição da translucência da nuca e presença de ossos do nariz) entre as 9 e as 13 semanas e 6 dias de gestação. É igualmente realizado o rastreio da pré-eclâmpsia no 1º trimestre (Vidal et al, 2021).

As grávidas com DG tinham as consultas com a EEESMO que realizava EPS, encaminhava para a consulta de nutrição, vigiava os registos de glicémia capilar da grávida no domicílio e se fosse necessário referenciava para a equipa médica que sinalizava para a consulta de endocrinologia.

Na consulta de medicina materno-fetal, prestei cuidados a grávidas com patologia associada (como Hepatite B na gravidez, HTA gestacional, Sífilis, Trombocitopenia, Hipotireoidismo), gravidez gemelar e gravidez anterior patológica (mola hidatiforme, HTA gestacional, PPT).

A consulta de peri parto recebe as grávidas de baixo risco (vigiadas nos CSP) entre a 36-39 semanas de gestação e a segunda avaliação realiza-se até às 40 semanas, tem como objetivos avaliar o bem-estar materno-fetal e programar se necessário internamento para Indução do Trabalho de Parto (ITP).

A ITP consiste na iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o trabalho de parto antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação (Orientação nº 002/2015). E a maturação cervical compreende intervenções obstétricas que têm como objetivo a preparação do colo do útero para uma posterior indução do trabalho de parto, quando as características cervicais (avaliadas pelo índice de Bishop) não são favoráveis ao sucesso da indução. Por vezes a maturação cervical desencadeia também, por si só, o início do trabalho de parto (Orientação nº 002/2015).

Neste contexto concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e convivente significativo e garanti um ambiente seguro durante o processo de ITP. Fazia o acolhimento da grávida no internamento, validava os seus conhecimentos sobre o procedimento e esclarecia dúvidas, quando era necessário, também esclarecia dúvidas ao convivente significativo na tentativa de diminuir a sua ansiedade. Validava a assinatura do consentimento informado e esclarecido, orientava a grávida no espaço físico, realizava a colheita de dados para avaliação inicial. Realizava a monitorização CTG e após avaliação do colo uterino pela equipa médica decidiam o início e o método a ser utilizado para a ITP. A maturação cervical e a ITP estão associadas a maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina (Orientação nº 002/2015), o que implica uma acurada vigilância para deteção precoce e tratamento dessas complicações. Geralmente a maturação cervical e a ITP provocam maior desconforto à parturiente do que o trabalho de parto de início espontâneo e restringem a sua mobilidade, pela necessidade de monitorização fetal prolongada. *“A indução com meios farmacológicos está associada a uma maior utilização de analgesia epidural, a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes”* (Orientação nº 002/2015).

3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal

O Instituto Nacional de Estatística (2023) define parto como sendo a *“Completa expulsão ou extracção do corpo materno de um ou mais fetos, de 22 ou mais semanas de gestação, ou com 500 ou mais gramas de peso, independentemente da existência ou não de vida e de ser espontâneo ou induzido.”* Baseados nesta definição, referem que em 2021 foram realizados 78.890 partos em Portugal.

O TP é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à contractilidade uterina regular, extinção cervical, dilatação do colo uterino, progressão fetal no canal de parto e sua expulsão para o exterior, divide-se em quatro estádios, de características e tempos bem definidos, o primeiro estágio que corresponde ao apagamento ou extinção e dilatação do colo, a segundo estágio ao período expulsivo, terceiro estágio à dequitação e quarto estágio ao puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016).

O EEESMO tem autonomia para vigiar e assistir a mulher em todos os estádios do TP, especificamente, no que se refere ao parto eutócico, que é um parto que acontece espontaneamente, com um feto em apresentação de vértice, sem intervenção instrumental, entre as 37 semanas e as 42 semanas de gravidez (Fatia & Tinoco, 2016).

O primeiro estágio do TP está dividido em fase latente e fase ativa. A fase latente compreende o apagamento e o início da dilatação entre os 0 e os 4cm de dilatação, é de progressão lenta, seguindo-se a fase ativa, dos 4cm até aos 10 cm de dilatação do colo (Fatia & Tinoco, 2016). A OMS (2018) define a fase latente como o período em que ocorrem contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 5cm. Definindo a fase ativa como contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida dos 5cm até a dilatação total.

No contexto de BP, tive a oportunidade de prestar cuidado a grávidas nos vários estádios do TP. As utentes tinham proveniência do Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica ou do IO. A todas as parturientes que me eram atribuídas, realizava uma revisão e atualização da história clínica, exame físico e obstétrico, avaliação

psicossocial, avaliação do bem-estar materno-fetal e monitorização CTG externa (Prada & Rafael, 2016). Quando me dirigia à parturiente, apresentava-me e questionava sobre as suas necessidades. Todas as circunstâncias eram aproveitadas para dar informações, realizar EPS, esclarecer dúvidas à grávida e ao acompanhante, baseadas nas recomendações da instituição, da DGS e OMS, salientando a existência de um plano de parto escrito, e quando não existia, questionava sobre as suas preferências.

O EEESMO é constantemente confrontado com a ambivalência entre os procedimentos de vigilância e segurança técnica impostos pelos meios hospitalares e as preferências da grávida/casal, sendo que, a observação, medição e monitorização fazem parte integrante da assistência prestada, prevalecendo em detrimento do estabelecido no plano de parto (Lopes, 2016). Constatei que poucas parturientes apresentaram um plano de parto. Porém, muitas grávidas referiram ter escolhido esse hospital por saberem que as práticas instituídas iam de encontro às suas vontades, pelo que não sentiram necessidade de apresentar um plano de parto e que se algumas das preferências não fossem cumpridas, compreendiam que seria pela sua condição clínica ou do RN. As grávidas que tinham esta opinião frequentaram os CPNP ou tinham tido uma experiência anterior nesta instituição.

Durante a interação de cuidados as parturientes colocavam muitas questões relacionadas com a gestão da dor no TP. Segundo Monteiro, et al. (2020) a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal. A perceção da dor corresponde a uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivas e motivacionais (Smith et al., 2006, citado por Monteiro, et al., 2020). As contrações uterinas, dilatação do colo do uterino, estiramento da vagina e do pavimento pélvico resultante da progressão da apresentação fetal são fatores físicos que contribuem para a dor durante o TP, afetando a experiência de parto (Monteiro, et al., 2020). Pelo que, na assistência da parturiente, utilizava estratégias não farmacológicas ou farmacológicas de alívio da dor, consoante a preferência expressada.

Quando a parturiente solicitava estratégias não farmacológicas, assegurava a sua privacidade e geria o ambiente (iluminação, odor e ruído), informava sobre os recursos existentes no serviço (bola de parto, chuveiro, banco de parto, sacos de calor/frio), avaliava a sua condição clínica e tentava envolver o acompanhante (Monteiro, et al., 2020). O método que utilizei com maior frequência foi a aplicação de calor, providenciava sacos

de calor para aplicar em zonas seleccionadas pela grávida ou incentivava o uso do chuveiro, de acordo com a situação clínica. Estimulei a utilização da bola de parto, garantindo um local seguro para a sua utilização, o que ajudava no posicionamento do feto de forma a facilitar a descida da apresentação (Monteiro, et al., 2020). Também incentivava o movimento durante o TP, assegurava um local onde a parturiente pudesse deambular e incentivava a mudança frequente de posição, seguindo as recomendações da OMS (2018).

A liberdade de movimentos e a verticalidade podem ser entendidas como medidas de conforto, pois as posições assumidas de forma espontânea apresentam benefícios para a parturiente e para o feto. Previnem desvios como hipotensão materna, bradicardia fetal e sofrimento fetal provocados pela compressão da veia cava (Prada & Rafael, 2016) e melhoram a circulação uterina, permitindo que as fibras musculares cumpram a sua função contráctil de forma mais eficiente, diminuindo o recurso à ocitocina artificial, permite uma melhor adaptação anatómica e fisiológica ao TP, diminui do número de partos instrumentados e de cesarianas, reduz a intensidade da dor, possibilita uma vivência mais positiva do TP, com maior libertação de endorfinas, reforçando o autocontrolo materno e redução da duração do TP (Cardoso et al. 2020).

A musicoterapia foi uma técnica que utilizei com todas as parturientes, colocava uma música ambiente no acolhimento, posteriormente explicava as vantagens da música durante o parto e pedia para escolherem a música do seu agrado. Os casais mostravam satisfação por poderem utilizar esta estratégia, que promove a harmonia entre o corpo e a mente e é considerado um método terapêutico alternativo desde 1998. Contribui para reduzir emoções negativas, reduz os níveis de stress e contribui para alcançar um elevado nível de relaxamento (Ferreira, 2016).

A analgesia sistémica, pode ser utilizada em grávidas que não pretendem analgesia regional ou que, por alguma razão, não a podem realizar (Guerra, 2016). Opioides, sedativos/ansiolíticos, fármacos dissociativos/amnésicos, neurolépticos e inalatórios, podem ser administrados durante o trabalho de parto. A Petidina é um dos mais antigos opioides usados em Obstetrícia, segundo Guerra (2016). Neste estágio apenas utilizei por 3 vezes a Petidina. Este fármaco tem um início de ação rápido (5-10 min), é um analgésico eficaz e tem uma semivida curta (2,5 horas na grávida). Contudo, a Petidina passa a barreira placentária, tendo consequências fetais, diminuindo os

movimentos fetais e depressão do sistema respiratório do RN. Estes efeitos estão relacionados com o facto de a semivida da Petidina no feto e no RN ser bastante superior à da grávida (18 a 23 horas), o pico de ação no feto é de apenas de 90 segundos (Guerra, 2016).

A OMS (2018), recomenda a analgesia epidural para gestantes saudáveis que solicitam este método para alívio da dor durante o TP. Consiste na punção do espaço epidural, a nível lombar e colocação um cateter epidural que permite a instilação contínua ou intermitente de analgésicos. A mistura analgésica mais utilizada neste BP era composta pelo anestésico local Cloridrato de Ropivacaína e pelo opioide Citrato de Sufentanil. Os riscos associados à analgesia epidural citados por Guerra (2016) são, a lesão neurológica, parestesias ou lesão nervosa. As cefaleias pós-analgesia estão relacionadas com a punção da meninge dura-máter e o extravasamento de líquido cefalorraquidiano. Quando as parturientes apresentavam maior dificuldade no controlo da dor, o anestesista por vezes optava por realizar analgesia sequencial que é uma técnica semelhante à técnica de colocação do cateter epidural, mas combina a administração de analgésico opioide no espaço subaracnoídeo, tendo um início de ação mais rápido, devido ao local de administração com consequente alívio da dor (Guerra, 2016).

Muitas grávidas optaram por controlar a dor através da analgesia regional, durante a realização do procedimento dava apoio à grávida, explicando a técnica, esclarecendo as dúvidas. Também colaborava com o anestesista na preparação do material, monitorização de parâmetros vitais e posicionamento correto da grávida (Guerra, 2016).

O segundo estágio do TP para a OMS (2018), é o período entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebé, durante o qual a mulher tem uma necessidade involuntária de fazer força, como resultado das contrações uterinas expulsivas. A OMS (2018) também refere que as mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de mulher para mulher. Nas primíparas, o nascimento geralmente é concluído em 3 horas, enquanto nas múltiparas, geralmente é concluído em 2 horas.

O primeiro parto que assisti foi um misto de emoções, senti alegria, ansiedade e insegurança. Senti-me bem com a experiência, também era o primeiro parto da utente, pelo que houve um sentimento de entreaajuda e partilha, foi interessante toda a vigilância daquele TP, a história de vida da utente era particularmente especial. Estabelecemos uma

relação empática, foi um momento feliz para mim e principalmente para a utente, que sentiu a necessidade de verbalizar a sua satisfação com a condução do seu TP.

Progressivamente fui ganhando autonomia na assistência ao parto vaginal.

No final do estágio era capaz de assegurar a privacidade e gerir o ambiente (promover ambiente calmo, relaxante, respeitando a vontade da utente), encorajar a mulher a pronunciar sobre as suas preferências e promover o bem-estar materno (Amaral et al., 2020). Conseguia informar a parturiente e o acompanhante sobre os procedimentos baseados na evidência científica, solicitando antes o consentimento. Avaliava o Partograma e o registo do CTG, decidindo em conformidade. Conseguia perceber o encravamento da apresentação, executando a manobra de Farabeuf, quando a cabeça se encontra encaixada, permitindo introduzir dois dedos entre o polo fetal descendente e o plano sacrococcígeo.

Nesta fase, questionava muitas vezes à mulher qual a posição que pretendia adotar, pedia que me dissesse qual a sua vontade nesse momento, para que eu pudesse ajudá-la a posicionar-se de forma confortável. Encorajava a parturiente a ouvir o seu próprio corpo enquanto executava os esforços expulsivos. A mudança de posição pode ajudar a retomar o ritmo dum parto que começa a tornar-se mais lento (Cardoso et al, 2020). Tive muitas vezes a necessidade de reforçar esta informação à mulher, quando percebia que não havia evolução da progressão fetal. A mulher compreendia e aceitava alterar a posição, incluído a adoção de posições verticais, que são todas as posições que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores (Mineiro et al. 2016), que pela ação da gravidade que favorecem o encaixe e a descida da apresentação fetal.

Nenhuma mulher pariu em posição gatas, mas foi uma posição utilizada durante os esforços expulsivo, contudo, depois optavam por outra posição devido ao cansaço.

Com o auxílio das contrações uterinas e as posições de parto, quando a apresentação está bem descida na cavidade pélvica, exerce pressão sobre o reto, estimulando a necessidade de efetuar esforços expulsivos a que se dá o nome de Reflexo de Fergusson (Fatia & Tinoco, 2016). Com este estímulo encorajava e apoiava a mulher com reforços positivos a seguir seu próprio desejo de empurrar (OMS, 2018), orientava a mulher para respirar calma e profundamente durante as contrações e a relaxar no intervalo das contrações uterinas.

Com a progressão da apresentação, ia avaliando a elasticidade dos tecidos perineais, observando alterações da coloração dos tecidos (palidez/cianose, microrroturas), avaliava os critérios para realizar a episiotomia, tipo de tecido, paridade, bem-estar fetal, peso estimado, apresentação e variedade (Amaral et al, 2020). Mantinha uma atitude expectante deixando a apresentação progredir até ao abaulamento do períneo, antes da coroação da apresentação, nessa altura preparava-me para controlar a velocidade de saída da cabeça, utilizando a manobra Ritgen que consiste em fazer pressão com uma mão sobre o polo cefálico, de forma a prevenir deflexão súbita da cabeça fetal e lacerações da uretra e clítoris. Com a outra mão protegia o períneo posterior, de forma a prevenir lacerações do esfíncter, da mucosa retal ou do reto (Fatia & Tinoco, 2016).

Após a extração completa do polo cefálico, com a mão esquerda, verificava a existência de circular cervical do cordão. Ocorreram algumas situações de circulares largas, procurava obter algum cordão exteriorizado, e consegui sempre remover do pescoço passando pela cabeça, sem provocar o estiramento (Amaral et al, 2020).

Depois da expulsão do feto, colocava o RN em contacto pele a pele, avaliava o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º min, procedia à laqueação do cordão umbilical depois de este parar de pulsar (cerca de 3 min), pedia a colaboração do acompanhante para cortar o cordão umbilical (Amaral et al, 2020).

Quando o grupo sanguíneo da mãe pertencia grupo Rh negativo, colhia o sangue do cordão para grupo do RN. Depois deixava a parturiente confortável até à expulsão da placenta (3º estágio do TP). Havendo estabilidade materna e do RN, mantinha o contacto pele a pele e uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico para a expulsão da placenta. Estive atenta aos sinais de descolamento da placenta, como a hemorragia de separação (repentina perda de sangue escuro oriunda do introito vaginal), elevação do fundo uterino 2-3 cm acima da cicatriz umbilical, contrações uterinas, prolongamento evidente do cordão umbilical (quando a placenta se aproxima do introito vaginal) e o útero passa de uma forma discoide para ovoide (com a passagem da placenta para o segmento uterino inferior) (Sequeira, Prata et al., 2020). Quando identificava os sinais de descolamento, aplicava a manobra de Brandt-Andrews, usando a tração controlada do cordão com uma mão, e com a outra aplicava pressão sobre o útero, acima da sínfise púbica empurrando a placenta para baixo. (Fatia & Tinoco, 2016).

Prestei cuidados no 3º estágio do TP a todas as mulheres que assisti no segundo estágio de TP, após a dequitação observei a placenta e o cordão, para antecipar e minimizar as principais complicações, como a retenção de fragmentos placentares, hemorragia pós-parto, atonia uterina, placenta retida, inversão uterina e coagulopatia. (Fátia & Tinoco, 2016). As dequitações foram quase todas naturais e aparentemente completas, houve uma parturiente que apresentou dequitação natural, mas inspecionando a placenta, suspeitei que tivesse havido retenção de fragmentos, partilhei a informação com a OC e solicitámos apoio da equipa médica que realizou uma ecografia e descartando a existência de fragmentos retidos.

Após a dequitação, o útero deve continuar a contrair-se, o que favorece o processo de hemóstase. Para a prevenção da hemorragia pós-parto a OMS (2018), recomenda o uso de uterotómicos em todos os partos (ocitocina 10 UI, IM/IV), que administrei a todas as parturientes, de acordo com o protocolo do serviço.

O 4º estágio do TP, também denominado por puerpério imediato, é o momento em que a parturiente manifesta alívio e diminuição da tensão provocada pelo parto, a disponibilidade para o RN é total, o contacto pele a pele, iniciado logo após o parto, deve ser mantido (Prada & Rafael, 2016). Neste estágio devem ser avaliados os parâmetros vitais, o globo de segurança de Pinard, o períneo e instituídas se necessário medidas de controlo da dor. A correção de lacerações do períneo e/ou de episiotomia ocorre nesta fase, podendo ser detetados desvios à sua normalidade, como as lacerações de 3º grau e 4º grau (Prada & Rafael, 2016). Segundo Mascarenhas (2020), o sistema de classificação internacional aprovado pelo ACOG define as lacerações espontâneas em 4 graus. O 1º grau é quando afeta apenas a pele perineal, o 2º grau é quando envolve a pele e os músculos, o 3º grau prolonga para o complexo do esfíncter anal, podendo afetar o esfíncter anal externo ou o externo e o interno) e o de 4º grau prolonga para o complexo do esfíncter anal (externo e interno), atingindo também a mucosa retal.

Nos 40 partos que assisti, durante a avaliação da elasticidade dos tecidos perineais, não observei critérios para realizar episiotomia. Foi possível preservar a integridade do períneo de algumas parturientes através de técnicas respiratórias e a manobra de Ritgen. Noutros casos, mesmo aplicando estas técnicas, as mulheres sofreram lacerações de 1º e 2º grau que foram suturas por mim. Com a prática, fui

desenvolvendo e melhorando a técnica de sutura, avaliando as lacerações e realizando a técnica de sutura mais adequada.

A assistência prestada pelo EEESMO à grávida submetida a cesariana vai muito além da preparação física para a cirurgia é importante garantir a assinatura do consentimento informado, garantir que a cesariana será efetuada por um motivo clínico, o apoio emocional e a aceitação dos próprios sentimentos (Rodrigues, 2016). Como refere Rodrigues (2016) o EEESMO sente-se desiludido porque o seu trabalho não foi suficientemente influente para um desfecho de parto vaginal. Vivenciei várias vezes essa desilusão, não só pelo meu esforço, mas principalmente pelo esforço da utente.

No primeiro estágio do TP prestei cuidados a utentes que tiveram os seguintes desvios da normalidade, alterações do bem-estar fetal, dinâmica uterina inadequada, dificuldade na descida da apresentação, nestas situações, alguns casos foram resolvidos com parto por ventosa (Prada & Rafael, 2016).

Os cuidados do EEESMO no parto vaginal instrumentado, assentam na comunicação, nas estratégias para redução do medo, na analgesia adequada, administração de terapêutica se necessário, colaboração no posicionamento corporal e esvaziamento vesical (Rodrigues, 2016).

Os RN que nasceram sem complicações mantiveram-se em contato pele a pele com as mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir hipotermia e promover a amamentação (OMS, 2018).

Só após o período do contato pele a pele é que o RN era levado para ser pesado, avaliado fisicamente de forma sistemática, vestido e identificado. Seguindo a norma da Instituição, todos os RN recebem 1 mg de vitamina K por via intramuscular com consentimento dos pais (OMS, 2018). Nos partos vaginais em que mãe apresentava *Streptococcus* do grupo B positivo na zangaratoa vaginal e anal, era administrado profilaticamente Gentamicina 0,3% colírio - 1 gota em cada olho. O BP tem o equipamento necessário para prestar cuidados imediatos ao RN e o EEESMO, deve ser capaz de estabilizar de forma adequada e supervisionar a adaptação do RN à vida extrauterina, referenciando situações que fogem à sua esfera de intervenção.

Para melhor perspetivar e articular a prestação de cuidados em contexto neonatal com outros contextos de prática clínica, numa lógica de cuidados antecipatórios, realizei um estágio numa Unidade de Neonatologia, onde tinha como objetivo

observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família com necessidades especiais. A descrição da aprendizagem adquirida encontra-se no Apêndice 11.

Para desenvolver as competências de EEESMO no cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, realizei o EC no contexto de Internamento de Puerpério. Nesse serviço existiam quartos individuais com casa-de-banho, promovendo o alojamento conjunto, possibilitando que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia, indo de encontro com as indicações da OMS e UNICEF (Levy & Bértolo, 2012), com todo o equipamento necessário para o conforto da mulher/RN/família e para os profissionais.

O puerpério consiste no período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Está classificado em três fases, o puerpério imediato que corresponde às primeiras 24h após o parto, o puerpério precoce que decorre até ao final da primeira semana e por fim o puerpério tardio que termina no final das seis semanas (Centeno, 2017).

Durante o puerpério, ocorrem alterações físicas, fisiológicas e psicológicas. O nível de energia, grau de conforto, saúde, bem-estar do RN, o apoio e cuidados oferecidos, são alguns dos vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação da mulher a esta fase (A. F. Ferreira, 2016). Nesta fase da vida da mulher, o EEESMO tem como objetivo prevenir complicações e promover a autonomia da puérpera no autocuidado e nos cuidados ao RN (Freitas & Baptista, 2016). As intervenções devem atender às expectativas e necessidades individuais de cada mulher.

O RN apresenta, desde o nascimento, um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhe permite uma interação ativa, contudo, a adaptação à vida extrauterina é um período crítico na vida do bebé, também ele sofre alterações físicas e comportamentais inerentes a esta fase (Rua, et al., 2020). É essencial que o EEESMO tenha conhecimentos sobre os mecanismos de adaptação do RN à vida extrauterina, para um correto planeamento dos cuidados ao RN e dotar a mãe de conhecimento e competências para melhor cuidar do seu bebé.

No Internamento de Puerpério, consegui planear, implementar e avaliar intervenções que objetivavam a promoção e apoio à puérpera na adaptação ao pós-parto, monitorizar o estado de saúde da puérpera e do RN e planear, implementar e avaliar

intervenções de recuperação da puérpera vigiando sinais de complicações. Também identifiquei e monitorizei alterações no processo de transição e adaptação à parentalidade, potencieei a parentalidade responsável, implementei e avaliei medidas de suporte emocional e psicológico para a puérpera.

Enquanto a puérpera esteve internada, procedi à avaliação física. Comecei por avaliar o estado das mamas, procedendo à observação, inspeção e palpação das mamas com objetivo de despistar precocemente as complicações como o ingurgitamento mamário, mastite, abscesso mamário. Neste contexto foi importante vigiar e proceder à EPS da puérpera no sentido de conhecer a sintomatologia normal durante a “descida/subida” do leite e expliquei algumas estratégias para minorar/resolver os desconfortos. A “descida/subida” do leite ocorre aproximadamente entre as 48/72 horas após o parto. Nessa altura as mamas aumentam de tamanho e temperatura e tornam-se dolorosas, este evento pode durar até 3 ou 4 dias (Correia, et al., 2020). Esta situação ocorreu com uma utente, no segundo dia de puerpério, apresentou ingurgitamento fisiológico da mama, foi explicado o processo da descida/subida do leite, foi aconselhada a continuar a amamentar, aplicar calor (compressas quentes ou chuveiro com água morna) e massajar suavemente a mama com movimentos circulares em direção ao mamilo e se necessário, esvaziar manualmente a mama ou com ajuda de uma bomba extração do leite até se sentir confortável (Levy & Bértolo, 2012 e Correia, et al., 2020).

Avaliei a todas as puérperas a involução uterina, através da observação, palpação do abdómen da mulher, identificação da localização do útero, medição da distância entre o umbigo e o fundo uterino e avaliei a contração uterina (Sequeira, Santos, et al., 2020). Para além avaliação da involução uterina, avaliava igualmente outros parâmetros como as características dos lóquios (cor, cheiro e quantidade), temperatura corporal, nível de dor e o estado geral da puérpera pois são importantes para detetar precocemente sinais de hemorragia pós-parto que é uma emergência obstétrica e constitui uma causa major de morbilidade/mortalidade materna, assim como de infeção (Caetano, 2017; Sequeira, Santos, et al., 2020). Prosseguia a avaliação da puérpera, avaliando o períneo, para despistar complicações associadas a hematomas pélvicos ou vulvares (Santos, et al., 2020). As puérperas eram esclarecidas sobre a técnica adequada para realizar a lavagem perineal, utilizando água com sabão no sentido ântero-posterior, enxaguar com água e secar (Parecer 23/2011). Abordava a importância da troca frequente do penso

absorvente, as estratégias de alívio da dor e desconforto (aplicação de gelo, analgesia oral), os sinais e sintomas de complicações (dor ou desconforto local, ardor, calor, rubor, odor, dispareunia) e o tempo provável de cicatrização da ferida perineal (Parecer 23/2011). As puérperas submetidas a parto por cesariana eram informadas sobre os cuidados com a sutura abdominal e também sobre os cuidados perineais.

Sendo o puerpério a fase do ciclo de vida da mulher em que esta se encontra mais vulnerável, pode desencadear ou agravar perturbações psiquiátricas (Leitão, 2016). O EEESMO deve ter um olhar atento sobre os sinais de alerta com vista ao diagnóstico precoce de perturbações que podem comprometer não só a saúde materna, como a vinculação com o RN e a relação com o companheiro e família alargada (Leitão, 2016).

Em relação ao RN, quando o parto decorre sem intercorrências, o RN é transferido para o Internamento com a mãe. Como futura especialista, procurei dotar a puérpera do conhecimento necessário para prestar cuidado do seu filho de forma autónoma, avaliar o bem-estar do RN, vigiar sinais de alarme (pele, respiração, alimentação, eliminação) para intervir precocemente em situações de risco.

Sempre que era oportuno, explicava à puérpera sobre as competências do RN, em relação à visão, olfato, paladar, tato, temperamento, estados de sono/ vigília (Freitas & Baptista, 2016).

A amamentação proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé, o sucesso do AM pode também ser definido pela qualidade da interação entre mãe e bebé durante a mamada (Levy & Bértolo, 2012). Neste sentido, procurei transmitir a informação de que a amamentação é um processo fisiológico, explicando a ação da ocitocina e da prolactina na amamentação.

AM tem vantagens para o bebé, previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tem um efeito protetor sobre as alergias (específicas para as proteínas do leite de vaca), melhora a sua adaptação a outros alimentos, a longo prazo pode prevenir a diabetes e linfomas (Levy & Bértolo, 2012). Para a mãe, as vantagens do AM estão relacionadas com a involução uterina mais precoce, menor probabilidade de ter cancro da mama e ovário, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar (Levy & Bértolo, 2012 e Caetano, 2017). Segundo Murdaugh (2019), o comportamento saudável pode ser motivado pelo desejo de proteger a própria saúde evitando doenças ou pelo desejo de aumentar o nível de saúde na presença ou ausência de doença. Com o intuito de

promover a saúde e prevenir a doença da mãe e o bebê, incentivei o AM, aproveitei todos os momentos para abordar esta temática, elogiei e reforcei os comportamentos maternos e forneci informação útil e relevante à mãe, abordando outras vantagens da amamentação. Apesar das todas as vantagens da amamentação, existem contraindicações temporárias para o AM, por exemplo, mães com algumas doenças infecciosas como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou quando tenham de realizar uma medicação indispensável. Após a resolução dessas situações, o AM pode ser retomado (Levy & Bértolo, 2012 e Caetano, 2017).

Os casos de mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana, que precisem de tomar medicamentos que são nocivos para os bebés ou bebés com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosemia, constituem contraindicações definitivas do AM (Levy & Bértolo, 2012 e Caetano, 2017).

Segundo Sardo (2016), citado por Sequeira, Sardo, et al. (2020), o sucesso do AM depende da utilização da técnica correta durante a amamentação, por isso, é fundamental prevenir o traumatismo dos mamilos e o esvaziamento da mama para influenciar de forma positiva o início e a duração da amamentação. As experiências menos positivas que surgem no decorrer da amamentação levam a que muitas mulheres abandonem precocemente o AM.

Segundo o Modelo de Promoção da Saúde, se os benefícios de curto prazo forem experimentados no início da mudança de comportamento, é mais provável que o comportamento seja repetido. Quando são experimentadas barreiras, o sucesso no comportamento pode ficar comprometido (Murdaugh, 2019). Posto isto, o EEESMO deve ajudar as mães a adquirirem precocemente a autoconfiança na capacidade de amamentar (Sequeira, Sardo, et al., 2020). Felizmente, todas as puérperas a quem prestei cuidados tinham vontade de amamentar, pelo que procurei capacitar a díade para o AM, promovi e apoiei o AM com o objetivo de contribuir para o estabelecimento e a manutenção desta prática.

O tempo de internamento das puérperas, por norma, é muito curto e, existem vários temas que devem ser abordados. Aproveitei todos os momentos para realizar EPS, comuniquei de forma clara, ajustando o discurso à puérpera/casal. Tive em conta os 10 princípios Psicopedagógicos das Aprendizagens Significativas de Zabala e Arnau, respeitei

a cultura e individualidade de cada mulher, procurei abordar temas do interesse da utente para promover a sua adesão aos cuidados. Segundo os mesmos autores, a aprendizagem acontece quando o conteúdo ensinado se traduz em mudanças que podem ser comportamentais ou cognitivas.

Sempre que foi possível, inclui o pai do bebé nos momentos de EPS e nos cuidados ao RN e dessa forma fui promovendo a transição positiva para a parentalidade.

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

O percurso de aquisição de competências no cuidado da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica concretizou-se essencialmente no contexto de Ginecologia, que dá resposta a utentes com necessidades na área da Onco-ginecologia, Uro-ginecologia, Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA). Durante o EC tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a mulheres submetidas a histerectomia total, salpingectomia e ou ooforectomia unilateral ou bilateral, mastectomia unilateral ou bilateral e quadrantectomia. Grande parte destas patologias foram tratadas através de cirurgia, laparoscopia por ser um procedimento cirúrgico minimamente invasivo realizado sob efeito de anestesia geral, realizando quatro pequenas incisões no abdómen e introduzindo laparoscópio, permitindo diagnosticar/tratar alterações nos órgãos ginecológicos, havendo um menor risco de complicações associados à cirurgia (Vilar, et al., 2012).

Deste processo de aprendizagem saliento o caso clínico de uma mulher de 30 anos que foi proposta uma laparoscopia de diagnostico pela equipa do CIRMA. Após a cirurgia, a utente tomou conhecimento que havia sido submetida a uma salpingectomia bilateral. Este acontecimento abalou profundamente a utente, que apesar de ter conhecimento dessa possibilidade, foi o momento em que se consciencializou de que o seu projeto de maternidade teria de ser por procriação medicamente assistida, um processo desgastante, causador de sofrimento e angustiante para o casal (Cheio, 2016).

O acesso ao Internamento de Ginecologia é feito através do Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica e das Consultas Externas de Ginecologia. Este serviço também atende utentes com necessidade de continuidade de cuidados, em regime ambulatorio na área da ginecologia. Por esse motivo, considerei pertinente participar nas diversas consultas no âmbito da ginecologia. Neste sentido desenvolvi uma observação participante nas consultas de Gravidez Não Desejada (GND), Senologia, Saúde da Mulher e Técnicas de Ginecologia. Constatei que, as consultas decorreram com respeito, empatia, gentileza, foi demonstrado interesse por toda a sua situação de vida, seus pensamentos e preocupações, foi estabelecida uma relação, promotora da adesão aos cuidados e manutenção da procura dos cuidados de saúde.

A interrupção da gravidez por opção da mulher ou interrupção voluntária da gravidez (IVG) surge com a vontade da mulher terminar a gravidez sem que haja risco para a saúde ou vida da mulher ou feto. A Lei 16/2007 vem despenalizar a IVG até às 10 semanas de gestação (Deodato, 2016). O EEESMO tem competências legalmente reconhecidas pelo Regulamento de n.º 391/2019 da OE para realizar a consulta de GND.

O processo de IVG, normalmente, tem início nos CSP, onde são prescritos todos os exames necessários para diagnosticar a gravidez e, cumpridos os requisitos legais (guia informativo sobre a IVG, período de reflexão de 3 dias, Consentimento livre e esclarecido assinado) (Lei nº 16/2007) e a utente é encaminhada para a consulta de GND.

Na primeira consulta no hospital, o EEESMO realiza a anamnese e determina a idade gestacional de acordo com a ecografia realizada previamente, verifica os formulários de preenchimento obrigatório fornecidos na unidade de CSP (Lei nº 16/2007). A mulher é informada sobre o procedimento, efetua-se a toma assistida do Mifepristone ajustado à idade gestacional, é feito o agendamento da consulta de controlo pós-IVG e é realizado aconselhamento em Saúde Sexual e Reprodutiva. Quando a mulher não apresenta condição clínica e/ou social para realizar o procedimento em ambulatorio, é proposto o internamento para a IVG. No contacto seguinte, 15 dias depois da primeira toma, o EEESMO avalia o bem-estar da mulher, as perdas sanguíneas, valida se a utente cumpriu a prescrição, realiza ecografia de controlo, confirma o início da contraceção precoce e se necessário, coloca contraceção reversível de longa duração. Tinha dúvidas em relação à autonomia do EEESMO na colocação do *Implanon*, mas segundo o Parecer

nº274/2010 da OE, o EEESMO pode aplicar o *Implanon* e o DIU se a mulher tiver uma prescrição médica.

A GND e não planeada continua a ser um problema a nível global na área da saúde sexual e reprodutiva, que afeta a mulher/casal/família. Segundo a DGS (2019) a IVG nas primeiras 10 semanas, em 2018, foi a principal causa de interrupção da gravidez, tendo constituído 95,8% do total das interrupções realizadas. Daí a importância de abordar a temática da contraceção durante a EPS da mulher/casal/família. Todas as utentes que procederam à IVG, nas consultas que assisti, foram sendo sensibilizadas ao longo dos contactos com o EEESMO e na última consulta, decidiram sobre o melhor método contracetivo para si. Estas utentes eram encaminhadas para os CSP de forma a assegurar a adesão à contraceção.

No final do procedimento, se não houver expulsão completa do conteúdo uterino, manutenção do espessamento endometrial ou falha no procedimento, é mantido o seguimento da utente. Quando o processo é linear, o EEESMO procede à alta hospitalar e regista eletronicamente na plataforma da DGS.

Também participei nas consultas de Senologia, que têm como objetivo, cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de doença da mama no sentido de potenciar a sua saúde. A EEESMO que dinamiza a consulta tem um papel chave no percurso das mulheres durante esta fase, recebe-as e acompanha-as até à alta. A enfermeira concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher/família com afeções da mama, realiza EPS, concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas e coopera com outros profissionais no diagnóstico das afeções da mama (Regulamento n.º 391/2019). As mulheres chegam à consulta através da referência no sistema ALERT P1 pelo médico de família, encaminhadas de outra especialidade ou pelo programa de rastreio do cancro da mama. Os casos são enviados com um grau de suspeição segundo o método Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). Este método é utilizado em muitos países europeus e pelo Colégio Americano de Radiologia (Kestelman, et al., 2007; Sardanelli, et al., 2016). Com base na classificação de BI-RADS, a EEESMO faz uma triagem dos casos para a primeira consulta médica. O primeiro contacto serve para conhecer a utente, proceder à anamnese, exame físico, pedir exames complementares de diagnóstico (ecografia, mamografia de diagnóstico e biopsia da lesão) e são identificadas as necessidades da mulher/família. Quando é

conhecido o resultado dos exames, a EEESMO organiza toda informação e reúne a equipa multidisciplinar para discutir cada um dos casos e decidirem o tratamento de forma individualizada. Depois a EEESMO convoca a utente para que seja anunciado o diagnostico, são pedidos mais exames complementares de diagnóstico (tomografia axial computadorizada do tórax, ecografia abdominal e cintigrafia óssea). Na fase seguinte, prepara a consulta com o diagnostico específico, o tratamento e o plano de cuidados de enfermagem valorizando o estilo de vida e as características individuais da mulher/família/comunidade.

A continuidade de cuidados é muito importante, sobretudo nesta fase de maior vulnerabilidade da mulher. As utentes mantêm o seguimento pela Unidade de Senologia e só regressam aos CSP após a alta, para a vigilância do risco do cancro da mama.

Na consulta da Saúde da Mulher que assisti com a EEESMO, constatei que é uma consulta de enfermagem autónoma e está integrada no Programa Nacional do Rastreio do Cancro do Colo do Útero. O algoritmo tem início nas unidades de CSP, as utentes com alterações na citologia, são encaminhadas para o hospital através da Plataforma SiiMA Rastreio, que permite a implementação e monitorização do circuito funcional do rastreio desde o convite para o exame até ao tratamento e seguimento. Nesta consulta colaborei com a Enfermeira na realização das citologias, na EPS no sentido de adoção de hábitos de vida saudáveis, as utentes foram sensibilizadas aderir à vacinação contra a Vírus do Papiloma Humano (HPV) e a participar regularmente no rastreio do cancro do colo do útero. As utentes que não apresentam alterações na citologia voltam a ser integradas no programa de rastreio organizado do cancro do colo do útero e foi reforçado que deveriam manter o seguimento pela unidade de CSP.

3.4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da MGF

Neste subcapítulo relatarei as intervenções que contribuíram para o desenvolvimento desta competência, começando pela divulgação da temática, seguindo-se os resultados obtidos no estudo de investigação, a sua discussão, principais conclusões e termino com a identificação das limitações e implicações para a prática.

Durante o meu percurso formativo, não identifiquei nenhuma utente com o diagnóstico de MG, pelo que não consegui prestar cuidados à mulher com MG, mas consegui divulgar esta temática nos diversos contextos por onde passei

3.4.1 Divulgação da temática

Os resultados obtidos na RS, mostram que os profissionais de saúde, em específico os EEESMO, têm um papel basilar na prevenção da MGF. As mulheres sentem-se mais seguras para abordar o tema da MGF com as parteiras em relação aos outros profissionais de saúde (Reig-Alcaraz et al., 2016). Fortalece a tese de que o EEESMO deve envolver-se nesta causa e poderá ajudar de forma ativa na prevenção deste fenómeno. Contudo, as atitudes ambíguas por parte dos profissionais de saúde, demonstram a necessidade de intervir não só na comunidade praticante de MGF, mas também na formação dos profissionais de saúde, para que consigam distinguir os tipos mutilação, efetuando um correto diagnóstico e intervindo em conformidade (Reig-Alcaraz et al. 2016; Baillot, et al. 2018).

Ancorado nos achados da RS e auscultando as equipas de enfermagem, fui identificando as suas necessidades de formação e a receptividade para abordar a temática da “Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina”. Assim, planeei e realizei sessões de formação para as equipas de enfermagem dos diversos contextos clínicos em que decorreu o ER.

Começando pelo primeiro EC, o Serviço de Internamento e Consultas Externas de Ginecologia/Obstetrícia (Anexo 4), a sessão de formação contou com a participação de 11 enfermeiras, contudo apenas 54,5% (6) responderam ao questionário de avaliação da sessão. Os resultados demonstram a satisfação das respondentes (100%) com a pertinência, interesse e aplicabilidade da temática na sua prática clínica. Foram feitas sugestões que tive em conta nas sessões de formação seguintes.

No contexto de Internamento de Puerpério, conforme os relatos da equipa de Enfermagem, deparavam-se com alguns casos de MGF durante a prática clínica, e nessas situações, as mulheres apenas eram registadas no Registo de Saúde Eletrónico como vítimas de MGF. As enfermeiras referiram que não faziam mais nada além da sinalização, mesmo quando o RN era do género feminino. Segundo a DGS, quando uma mulher

mutilada dá à luz a uma menina, antes da alta, os profissionais de saúde devem articular-se com os Núcleos Hospitalares de Apoio às Crianças e Jovens em Risco da instituição (Orientação no 008/2021) para que a família possa ser acompanhada na comunidade e dessa forma prevenir que a menina venha a ser circuncisada. Para dar resposta às necessidades que apurei, desenvolvi um “Guia Prático de Consulta Rápida- Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina” (Apêndice 12). Este guia tinha como objetivo, servir de apoio na prática clínica, esclarecendo quanto à sua atuação na presença duma puérpera que sofreu de MGF. Neste período, também participei como formanda na “Formação de Agentes Qualificados/as que atuem no domínio da Prevenção, Sensibilização e Combate a práticas tradicionais nefastas, em particular, à Mutilação Genital Feminina (MGF) - Ação 11” (Anexo 5) essencial para consolidar o meu conhecimento sobre a MGF.

No contexto de CSP, foi oportuno incluir o resto da equipa multidisciplinar (equipa médica, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Assistente Social, entre outros). Assim, foi ajustada a apresentação e realizei uma sessão sobre “Intervenção do Profissional de Saúde na Prevenção da Mutilação Genital Feminina” (Apêndice 13). A Sessão de Formação contou com a participação de 12 profissionais de saúde, os participantes referiram que passariam a estar mais atentos aos possíveis casos de MGF tendo em conta as características da comunidade praticante de MGF e os sinais de risco de MGF.

No EC em Internamento de Medicina Materno-fetal, propus-me a realizar uma norma de procedimento sobre a “Abordagem em situação de Mutilação Genital Feminina e em Situação de Risco” (Apêndice 14). Este documento tem como objetivo promover e uniformizar a sinalização de Mulheres/Meninas submetidas a MG, prevenir a incidência de novos casos de MGF e intervir na mulher com MG. O documento foi avaliado pela OC, que é um dos elementos do Grupo da Gestão da Qualidade do Serviço de Obstetrícia e pelo Enfermeiro Chefe do Serviço que fizeram boa apreciação do documento, não sugeriram alterações e informaram que a norma será enviada para a Comissão de Qualidade da instituição e que após aprovação, seria informada. Comprometi-me a regressar ao serviço para a divulgar.

A Sessão de Formação que desenvolvi no EC de BP (Apêndice 15), foi integrada no Programa de Formação do Serviço do BP, organizado pela enfermeira chefe, tendo contado com a participação de 30 enfermeiros.

3.4.2 Apresentação e discussão de Resultados

Neste subcapítulo começarei por caracterizar em termos sociodemográficos os participantes, e algumas variáveis para identificar o seu conhecimento sobre a MGF. Por serem dados quantitativos utilizou-se estatística descritiva (análise de frequências) e foram tratados de forma coletiva, sendo assim possível, manter o anonimato dos participantes.

Os resultados obtidos através da análise de conteúdo serão apresentados, utilizando como critério as 11 categorias que emergiram: Definição/conceito de MGF; Opinião sobre a prática da MGF; Causas da MGF; Consequências da MGF; Submissão da filha à prática da MGF; Apoio à prática da MGF; Estratégias para eliminação da MGF; Manutenção da tradição sem o CGF; Realização da MGF; Circuncisão masculina; Consentimento. Para a sua discussão, serão mobilizados os resultados da RS. O relatório completo encontra-se no Apêndice 7.

- **Caraterização Sociodemográfica dos Participantes**

Os resultados do questionário mostraram que os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos de idade, 66,7% (n=4) participantes eram do género feminino e 33,3% do género masculino, 50% (n=3) têm o 12º ano de escolaridade, 33,3% (n=2) a Licenciatura e 16,7% (n=1) Mestrado. As atividades profissionais que exercem são Geriatria, Escritor, Eletricista, Doméstica, Desempregada e Estudante. Quanto à nacionalidade 66,7% (n=4) tem nacionalidade portuguesa e 33,3% (n=2) tem nacionalidade guineense. Em relação à nacionalidade dos pais, o resultado foi de 50% (n=3) com nacionalidade guineense, 33,3% (n=2) com nacionalidade portuguesa e 16,7% (n=1) com dupla nacionalidade guineense e angolana. Apenas 16,7% (n=1) tem 1 filha do género feminino.

- **Variáveis caracterizadoras do fenómeno MGF na comunidade guineense**

Em relação à lei portuguesa sobre a CGF, 66,7% (4) referem não a conhecer. Apenas 16,7% (1) menciona conhecer alguém que executa o corte genital feminino (CGF), 50% (3) disseram que conhecem alguma menina/mulher que foi submetida ao CGF. Destes, 66,7% (n=2) referiram que essa pessoa era sua amiga e 33,3% (n=1) uma conhecida.

Para **definir** a MGF os entrevistados mencionaram algumas expressões como, “MGF é circuncisão...” (E6), “... excisão da genitália feminina...” (E5), “Remoção/corte genital...” (E1) e “... prática milenar...” (E1), acrescentaram ainda que “É feito por famílias conservadoras...” (E6), “... comunidade muçulmana ...” (E4) e “... comunidade guineense...” (E2). Três entrevistados responderam claramente que não concordam com esta prática (E6, E4 e E3). Demonstraram saber no que consiste a prática, algumas expressões utilizadas foram referidas por Malin e Griffin (2018) e Paixão et al. (2021).

Ao longo das entrevistas, os participantes manifestaram várias **opiniões**, 31 referências foram feitas e organizadas nas subcategorias seguintes: Direitos humanos ou da mulher, Violência contra a criança ou mulher, Outras opiniões e Inaceitável/Injustificável. Referiram que a MGF é: “... desumana...” (E6), “uma violação dos direitos humanos...” (E5), “... uma barbaridade...” (E4), “... uma forma de controlo por parte dos homens...” (E5). A “MGF afeta todos...” (E1) e “... os praticantes não sabem justificar...” (E4). Paixão et al. (2021) e Koutaa et al. (2020), referem que a MGF nega às mulheres e meninas seus direitos à integridade física e mental, ao mais alto padrão possível de saúde e à liberdade de violência, tortura, tratamento desumano e degradante e discriminação de género. Além destas opiniões, os entrevistados mencionaram outras que são descritas ao longo do texto.

Em relação às **causas** da manutenção da prática da MGF, 4 participantes relacionaram com o casamento, “... garantia de casamento...” (E4) e “... se a mulher não for circuncisada não pode cozinhar para ele durante o Ramadão.” (E1), Pressão/integração na comunidade. O participante E4 refere que as meninas são “... chantageadas para se submeterem à prática...”, outras querem submeter-se à prática “... porque outras meninas também foram...” (E3) ou porque “... os mais velhos nas aldeias insistem e ninguém tem coragem de os enfrentar” (E1). Dois participantes (E5 e E2) mencionam que é para perpetuar a tradição, E5, refere que é um ritual de passagem, E 4 e E1, falam da

falta de denúncia, três participantes indicam que é pela honra da família, para "... respeitar a vontade dos pais..." (E4), é um "... motivo de orgulho..." (E4) e pela "... convicção dos pais..." (E4). Todos os participantes, exceto o E6, relacionam com a tradição/ religião/ cultura.

No que diz respeito ao modo **como é realizada a MGF**, os entrevistados mencionaram as condições de higiene, "... falta de higiene do material..." (E4), "... com a mesma faca cortam 5/6 meninas ao mesmo tempo..." (E1), e a "... origem dos materiais é duvidoso e não são esterilizados..." (E6). Quanto ao contexto, referiram que é feito em "... condições precárias..." (E6), "... feito em grupo, juntando as crianças do bairro/cidade..." (E4), "... continuam a fazer, mas às escondidas..." (E4) e segundo E1, quando as primas foram submetidas à prática, "... nesse grupo, morreram 3 meninas."

Sobre as **consequências**, um participante não respondeu. E2 e E1 mencionaram "Diminuição do desejo sexual, ..." (E2) e "... não tem sensibilidade durante as relações sexuais" (E1). Houve três entrevistados que referem o risco de infecção e 2 relacionam com outros problemas de saúde, E4 refere que "Há doenças que podem manifestar-se posteriormente e não são associadas à prática da MGF." Os participantes mostraram poucos conhecimentos sobre as consequências da MGF, mencionaram algumas, mas não conseguiram relacionar a ação com a consequência.

O artigo de Andro, et al. (2014) refere que a função sexual em mulheres com MGF é adversamente alterada em diferentes domínios de excitação ou satisfação. No entanto, Cunha, 2013 citando Dirie (2007) e Ali (2006) relata uma boa saúde sexual em mulheres com MGF e orgasmo em quase 86% dos casos. Nas mulheres infibuladas, algumas estruturas eréteis fundamentais para o orgasmo não foram extirpadas e a influência cultural pode alterar a percepção do prazer, bem como a aceitação social para que as mulheres com MGF também possam ter a possibilidade de atingir o orgasmo (Vella et al., 2015). Mesmo havendo mulheres que mantém a capacidade de experimentar o orgasmo (Vella et al., 2015), existem complicações associadas à saúde reprodutiva que não permitem relativizar/minimizar as consequências da MGF.

Todos os entrevistados responderam que **não submeteriam a filha à MG**.

Por ser um tema sensível, foi colocada uma questão, "Se um familiar seu na Guiné-Bissau pedisse ajuda de algum modo, por exemplo financeiro, para realizar o CGF a uma menina, o que faria?" para perceber se a posição dos entrevistados sobre a MGF era clara.

Todos os entrevistados, exceto o E5, respondem que **“Não apoiaria a realização de MGF...”** (E4). “Não me sentiria bem em comemorar ou participar no ritual...” (E6). E1, responde de forma mais convicta que “A família nunca me pediria esse apoio porque já conhecem a minha posição...”. Sobre esta questão, surgiu outra perspectiva sobre a temática.

Os entrevistados E5 e E3 colocaram ênfase no **consentimento**, dizendo que, “... se for da sua vontade, poderá ser aceite ...” (E5), “Mas se for por vontade da mulher, talvez fosse aceite a realização em meio hospitalar.” (E5), “... se fosse da sua vontade, ajudaria, e deixaria claro que sou contra esta prática, mas ajudaria.” (E5) e “... se houver consentimento é aceitável.” (E3). Esta ambiguidade verbalizada pelos dois entrevistados, demonstrou que apesar de referirem ser contra a prática, as atitudes podem ir em sentido contrário se a menina/mulher manifestar vontade de se submeter à prática. As suas afirmações reforçam a ideia de que toda a comunidade carece de formação/ esclarecimentos sobre as consequências nefastas da MGF.

O Entrevistado 1 mencionou que “Existe uma hipocrisia moral, dizem que não concordam, mas ajudam.”, uma vez que dizem não concordar com a prática, mas acabam por fornecer meios para executar o ritual. Nnamuchi (2012), refere que em relação à MGF, a fonte do conflito moral não tem nada a ver com “diferentes princípios morais” ou com a obtenção do consentimento antes do procedimento.

Estudos revelaram que, apesar de ser crime em muitos países, alguns profissionais referiram que, para eles, satisfazer o pedido das mulheres e das famílias, significa demonstrar respeito pela cultura das mulheres, havendo até profissionais que, a pedido da mulher ou familiares, praticam MGF, voltam a infibulá-las ou assinalavam locais onde podiam perpetuar a MGF (Reig-Alcaraz, et al., 2016 e Zurynski, et al., 2015).

Estudiosos teorizam que, uma vez que mesmo as mulheres em sociedades praticantes de MGF discordam sobre a propriedade do procedimento, talvez um compromisso seja tornar o procedimento eletivo. De acordo com essa visão, o procedimento seria realizado apenas em adultos consentidos. Este compromisso é uma sugestão sensata, mas levanta a questão de saber se tal consentimento torna o ritual menos perverso (Nnamuchi, 2012). Remetendo novamente para a questão da pressão feita pela comunidade e a necessidade de aceitação e estar integrada na comunidade.

Johnsdotter e Essén (2016) explicam que a circuncisão feminina, na perspectiva da mãe, pode ser uma estratégia adotada para otimizar as perspectivas futuras de suas filhas dentro da sua comunidade. Na opinião de E4, “Nem sempre os pais concordam com a prática”. Por isso, quando uma menina/mulher precisa fugir para salvaguardar a sua segurança, o asilo pode ser uma solução. A MGF não deve ser um motivo de asilo negligenciável. Todos os anos, os sistemas da UE recebem alguns milhares de pedidos relacionados diretamente com a MGF (Flameng, 2015 e Novak-Irons, 2015).

Existem vários motivos pelos quais a MGF pode apoiar um pedido de asilo. É uma forma de violência baseada género e uma forma de perseguição específica para crianças, entre outras violações. É considerada uma forma contínua de perseguição e também como forma de tortura (Flameng, 2015 e Petitpas & Nelles, 2015).

Nos países de acolhimento subsiste uma ambivalência em torno da questão da MGF. Por um lado, há defensores ocidentais do MGF (ex.: a remoção do prepúcio do clitóris, Clitoroplastia, vaginoplastia e labioplastia), por razões não terapêuticas, sendo procedimentos realizados por cirurgiões como tratamento eletivo (Johnsdotter, 2021). Por outro lado, em alguns países ocidentais, uma cirurgia genital menor em uma mulher africana adulta é considerada um ato criminoso (Johnsdotter, 2021).

Assim, surge a questão, “será esta cliente uma vítima do patriarcado africano ou uma mulher adulta com direito a fazer escolhas sobre o seu corpo?” (Cunha, 2013). Em Portugal a lei anti-MGF é clara, nenhuma mulher deve realizar nenhum tipo de cirurgia genital (Lei nº 83/2015).

Ortensi e Menonna (2017) alegam que, a estratégia para lidar com a MGF é dupla, com ações direcionadas aos cuidados de saúde concedidos às meninas e mulheres já submetidas à prática e com ações que visam a prevenção da prática em meninas não cortadas na faixa etária típica para o corte.

Os participantes sugeriram algumas **estratégias para eliminar a MGF**, os entrevistados 5, 4 e 1 fizeram 10 referências sobre a estratégia de sensibilização, “... envolver os familiares mais velhos...” (E5), “... convencer as crianças a não se submeterem à prática...” (E4), “As pessoas com conhecimentos sobre a temática, podem chegar aos representantes das comunidades e convencê-los com os argumentos certos ...” (E1), “... sensibilizar, mas com a postura correta, sem arrogância.” (E1) e “Ressaltar o que é bom

para que a mudança seja mais facilmente aceite.” (E1). Foram descritas outras estratégias como ter mais organizações de apoio, debates e esclarecimento de dúvidas.

Em relação à estratégia de punição que foi mencionado por 3 entrevistados, segundo Nnamuchi (2012), a criminalização é um procedimento louvável, mas dificilmente adequado por si só para desencadear as mudanças necessárias.

O Entrevistado 1 destaca, na Guiné, “Os políticos receiam chegar nas aldeias e dizer que são contra a MGF para não perderem votos”. “As leis que existem na Guiné-Bissau a proibir a MGF, são feitas para enganar o Mundo Ocidental que pressiona” (E1).

Ao colocar o direito penal na primeira linha para lidar com o problema, pode contribuir para aumentar o secretismo e a clandestinidade desta prática (Cunha, 2013). E5 refere que “... existem casos de famílias a residir em Portugal que levam as meninas para a guiné para executar a MGF...” e E1 diz ainda, “Em Portugal existe lei que proíbe a MGF, há uma cumplicidade silenciosa, as pessoas sabem, mas não denunciam.”

A evidência tem demonstrado que os profissionais de saúde podem ser agentes ativos na prevenção da MGF em qualquer contexto de atuação (Paixão et al. 2021). Por isso, a aposta na EPS tem revelado ser a solução de primeira linha e a criminalização um meio de apoio (Cunha, 2013). Contudo, a formação dos profissionais de saúde torna-se importante para melhor compreender as vivências das mulheres afetadas pela MGF e para a prestação de cuidados adequados e centrados na utente/ comunidade (Hamid et al. 2018). Segundo Koutaa et al. (2020), profissionais treinados, podem aumentar a capacidade de prevenção.

Para E2 e E1, “Se a pessoa está integrada na comunidade é difícil intervir...” (E2) e “É difícil, mas não é impossível...” (E1).

Foram apresentadas algumas formas de **manter o ritual sem executar o corte**, E4 refere que uma “... associação na Guiné implementou um projeto que mantinha o ritual, mas sem executar a mutilação...”, mas “Algumas famílias não aceitavam tão bem e os pais não consideram válido” (E4). E1 sugere que “... as práticas nefastas devem ser tornadas simbólicas...” e no processo de sensibilização, “Salientar a parte boa que é a tradição, mas que o corte não pode ser mantido. “Esta estratégia vai de encontro com o referido por La Barbera (2019), segundo a autora, projetos em África mostram que entre as estratégias mais eficazes para erradicar os rituais de MGF estão no envolvimento das comunidades interessadas e especialmente das mulheres, que são os principais atores

(não apenas vítimas) desses rituais e cerimônias de iniciação na Europa. Sem desvalorizar a cultura africana como um todo, esses projetos preveem um abandono gradual de procedimentos prejudiciais à saúde, ao mesmo tempo em que valorizam o significado social do ritual (La Barbera, 2019).

Em Portugal, foi implementado o Projeto REPLACE, uma intervenção de pesquisa-ação destinada a combater a MGF na UE que empregou modelos de mudança de comportamento. As abordagens de mudança de comportamento usadas pelo REPLACE compreendiam teorias comunitárias e individualistas, foi sustentado em intervenções de mudança de comportamento baseadas na comunidade que capacitam membros influentes da comunidade a desafiar as crenças e normas sociais que apoiam a prática da MGF. Esta abordagem acredita que, quando um número suficiente de indivíduos desafia a norma social, um ponto crítico é alcançado e a norma social começa a enfraquecer e se transformar (Barrett, et al., 2020).

Foram feitas 6 referências sobre a impossibilidade de adaptar o ritual associado à MGF. Porque “... está enraizado na cultura, difícil mudar a mentalidade, por ser como se estivéssemos a acabar com uma cultura...” (E6) e “Não acredito em outra estratégia...” (E2) porque “... o objetivo é mesmo o corte da genitália feminina.” (E2)

O artigo produzido por Baldé e Rodríguez (2019), demonstra como a tradição envolvente na prática MGF dificulta o processo de EPS em comunidades como a Fulbe na Guiné-Bissau onde existe um confronto cultural entre os dois fenômenos (a tradição Jadare e a MGF), mostra que a mesma prática tem diferentes perspectivas culturais.

A **circuncisão masculina** também foi citada pelos entrevistados, referem compreender a Circuncisão masculina (E6), “... circuncisão masculina tem benefícios na prevenção de doenças.” (E2) e “... circuncisão masculina justifica-se com a questão da higiene...” (E1). Conforme Cunha (2013), existe uma dualidade terminológica para as intervenções femininas e masculinas, para o caso da circuncisão masculina, cuja inocuidade e benignidade têm vindo a ser questionadas. Para a circuncisão feminina, a terminologia “mutilação” condena igualmente as modalidades femininas menos invasivas, afastando da comparação com a circuncisão masculina, e inclui-as no mesmo léxico das mais invasivas. As duas práticas não devem ser discutidas em conjunto, para que não haja uma tentativa de comparação entre a MGF e a circuncisão masculina, aproveitando esses argumentos para justificar a MGF.

A proposta da ONU nos ODS de eliminar a MGF até 2030 está longe de ser cumprida, os dados descritos por Weny, et al. (2020), indicam que não houve progresso na redução do risco de MGF na Guiné-Bissau, sendo que nas áreas rurais a redução é menos significativa dos que nas áreas e urbanas. Esta afirmação sugere que o contexto das famílias pode influenciar o desfecho. Dois participantes disseram as seguintes frases, “se vivesse em África, talvez tivesse outros princípios e ideais, mas como nasci em Portugal e não fui submetida à prática, não faz sentido manter a tradição.” (E2) e “A minha família está a viver em Portugal, a minha avó não foi cortada, o meu pai é muçulmano, religioso, mas não concorda com MGF” (E6), acrescenta ainda, “talvez por já ter nascido na Europa, apesar de ser africana, não me revejo nesta prática” (E6).

A pressão social para submeter as meninas à MG parece ser menor em Portugal do que na Guiné-Bissau. Enquanto na Guiné-Bissau a MGF é motivo de orgulho (especialmente nas aldeias), em Portugal há mulheres que têm vergonha de serem cortadas (EIGE, 2015). Estima-se que em Portugal os casos de MGF concentraram-se principalmente no distrito de Lisboa e Setúbal (Paixão et al., 2021 e Teixeira & Lisboa, 2016). Portanto, o conhecimento sobre o número de casos e onde estão localizados pode melhorar a eficácia da formação dos profissionais de saúde (Teixeira & Lisboa, 2016 e Van Baelen, et al., 2016).

3.4.3 Principais conclusões implicações para a prática e limitações

O estudo desta temática revelou ser essencial informar as comunidades sobre as várias consequências físicas, psicológicas e sexuais que advêm da MGF. Estudos internacionais mostram que as comunidades mais informadas sobre as consequências e complicações da MGF, tendem a diminuir a sua prática nas gerações futuras. Os serviços e cuidados de saúde são, pelas suas características e recursos, agentes essenciais de prevenção (primária, secundária e terciária) na abordagem intercultural da saúde e informação sexual e reprodutiva (GTISSMGF/C 2011).

Tal como pude constatar ao longo deste percurso formativo nos diferentes contextos clínicos, os profissionais de saúde envolvidos, principalmente os EEESMO, revelam lacunas no seu conhecimento ao nível do diagnóstico, encaminhamento e prevenção da MGF, necessitando de mais formação para a abordagem da mulher mutilada ou em risco

e de treino para lidar com estas situações. Neste sentido e tendo em conta as estratégias para a erradicação da MGF, formar e sensibilizar os profissionais de saúde para a prevenção e para o cuidado da mulher é essencial.

Integrando os resultados evidenciados pela revisão scoping e pelo estudo que desenvolvi, considero que, a intervenção do EEESMO empoderado com o conhecimento teórico e prático sobre a MGF, deveria centrar-se no trabalho com a comunidade praticante de MGF, formando-a e esclarecendo-a sobre as consequências da MGF respeitando contudo o ritual/tradição/cultura e desenvolvendo estratégias em conjunto com os membros da comunidade, que consubstanciem iniciativas promotoras da erradicação da MGF "sem cortes" (La Barbera, 2019). Neste sentido é necessário valorizar o significado social da prática, desenvolvendo projetos de iniciação com a abolição do corte genital, tal como já se verifica com sucesso desde a última década, em muitos países africanos (La Barbera; 2019), Debater com a comunidade este ritual tornando-o menos secreto, também poderia facilitar a vigilância de meninas em risco, uma vez que a comunidade assume quem são as crianças aptas para serem submetidas à prática.

Considero que o EEESMO tem uma posição privilegiada no que diz respeito à prevenção da MGF e ao cuidado da mulher excisada, pois de acordo com Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO tem competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo de reprodutivo sendo vários os momentos de oportunidade para intervenção e também pode participar na formação de outros profissionais.

A principal limitação à investigação foi o processo de angariação de participantes, muitas vezes, os indivíduos sinalizados pelos informantes não aceitavam participar e dos que participaram, apenas uma sinalizou outro participante, concomitante com o pouco tempo disponível para a realização do estudo. Outra limitação é número reduzido de participantes não ser representativo da restante comunidade e não permitir a saturação dos dados. O estudo caso também dificulta a generalização, por se reportar a um contexto/indivíduos com características muito específicas.

Considero ainda como limitação, a particularidade de cada entrevistado, havendo entrevistas com bastante conteúdo e outras com respostas muito curtas e repetitivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do ER, adquiri e desenvolvi conhecimentos, capacidades e habilidades, competências técnicas, científicas e relacionais que me vão permitir prestar cuidados especializados específicos em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019).

Desenvolvi as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

Ao longo dos ensinios clínicos do ER realizei reflexões críticas sobre as atividades que desenvolvi, analisei a minha atuação ao longo do percurso de aquisição de competências e fui prestando cuidados de qualidade baseados na evidência científica.

Demonstrei competências nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, comportamentos e capacidades adequadas ao desenvolvimento pessoal e profissional como futura EEESMO. Reconheci as minhas capacidades, responsabilidades, os erros e limitações e evolui com a crítica. Demonstrei interesse e responsabilidade pela minha aprendizagem.

Segundo Ruivo et al. (2010) um projeto é um plano de trabalho elaborado fundamentalmente para resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes que irão realizá-lo. A execução do projeto não é um processo estanque, implica flexibilidade nos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho (Ruivo et al., 2010), contudo, os objetivos propostos foram alcançados. Considero que as ações de divulgação da temática que elegi, contribuíram para minorar a falta de formação dos profissionais de saúde para a abordagem da mulher mutilada ou em risco de MG, evidenciada não só na literatura, mas também durante prática clínica. Sendo a MGF uma forma extremada de violência, também seria muito pertinente a intervenção do EEESMO na prevenção

da violência no adulto, concretizada em ações educativas nas escolas desde o ensino básico até ao universitário, por exemplo através da abordagem da cidadania, respeito, violência no namoro, sexualidade e planeamento familiar. É importante empoderar hoje as meninas, para que sejam no futuro mulheres que tomam decisões conscientes e adotem comportamentos saudáveis.

A promoção da saúde visa a mudança de estilos de vida e a promoção de ambientes saudáveis. A promoção da saúde pode incluir a prevenção de doenças quando o foco é a redução dos riscos para uma vida saudável (Murdaugh, 2019), a interferência precoce do EEESMO, pode ser uma oportunidade para prevenção da MGF ou deteção de casos de MG.

Os resultados da RS e do estudo suportam algumas estratégias que são mandatórias em qualquer Plano de Ação a implementar na comunidade guineense para a prevenção da MGF. Neste sentido destaco: a sensibilização para os benefícios das meninas não serem mutiladas, salientando a vantagem de poderem vivenciar plenamente a sua saúde sexual com o seu companheiro; a inclusão dos homens da comunidade no planeamento e implementação do Plano de Ação; a transmissão de informação sobre as principais complicações associadas a esta prática; a constituição de grupos de suporte ao debate na comunidade sobre as questões relacionadas com a MGF.

Finalizo esta etapa com sentimentos de que, o desenvolvimento profissional e pessoal obtidos neste percurso de aprendizagem serão aplicados nos cuidados da saúde da mulher. Mantenho a ambição de continuar a aprender, trabalhar na prevenção da MGF e continuar a alimentar o gosto pela especialidade que escolhi.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., Kenner, C., Damus, K. (2015) The wee care neuroprotective NICU program (Wee Care): The effect of a comprehensive developmental care training program on seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care of premature neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 15(1): 6–16. <https://doi:10.1053/j.nainr.2015.01.006>.
- Amaral, C. F., Ferreira, N., Monteiro, M. J. & Bulcão, E. (2020). Assistir parto vaginal. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 115-122). Lidel;
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). Delayed umbilical cord clamping after birth. *ACOG Committee Opinion*. No. 814. *Obstet Gynecol* 136(6) 100–106. Acedido em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>;
- Andro, A., Camboi, E. & Lesclingan, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*. 106, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.003>
- Baillot, H., Murray, N., Connelly, E., & Howard, N. (2018). Addressing female genital mutilation in Europe: a scoping review of approaches to participation, prevention, protection, and provision of services. *International Journal for Equity in Health*. 17, 1-1. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0713-9>
- Baldé, C. & Rodríguez, A. A. (2019). Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina «Jadare» en la cultura fulbe (Guinea Bissau). *Cultura de los Cuidados*. 23,156-167. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.15>
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo* (Edição revista e atualizada). Edições 70

- Barrett, H. R., Brown, K., Alhassan, Y., & Leye, E. (2020). Transforming social norms to end FGM in the EU: An evaluation of the REPLACE Approach. *Reproductive Health*. 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0879-2>
- Borges, M. (2011, fevereiro 17). *Migrações e género: acerca das migrações guineenses em Portugal*. [artigo]. 7º Congresso Ibérico de Estudos Africanos. Instituto Universitário de Lisboa
- 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
- Campos, D. A., Spong, C. & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring; Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet*, 131, 13-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Cardoso, V., Mineiro, A. L., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M. J., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira, A. e Santos, M. E. (2020). Posicionamentos e mobilidade da grávida. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 92-100). Lidel;
- Carvalho, M. R. & Centeno, M (2017). Diabetes associado à gravidez. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (p.453-459). Lidel;
- Centeno, M. (2017). Puerpério e Lactação. In L. M. Graça, *Medicina Materno-fetal* (p.280-287). Lidel;
- Cheio, E. (2016). Procriação Medicamente Assistida. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.40-48). Lidel;
- 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_CPCJ.pdf
- Correia, T. I., Santos, M. J., Freitas, C., Lopes, S & Pinto, A. L. (2020). Avaliação do estado das mamas. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.).

- Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 192-194). Lidel;
- Cunha, M. I. (2013). Género, cultura e justiça: A propósito dos cortes genitais femininos. *Análise Social*. 48, 834-856.
- Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, I-A Série (n.º 205/1996 de 04-09-1996), 2959 – 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 38 de 22 de fevereiro de 2008), 1182 – 1189. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Deodato, S. (2016). Quadro Legal da Interrupção da Gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.292-297). Lidel;
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar*. DGS;
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS;
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS;
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Mutilação Genital Feminina Análise dos casos registados na PDS/RSE- PP 2018-2021*. DGS;
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez*. DGS;
- European Institute for Gender Equality (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. <https://doi.org/10.2839/394412>
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308-320). Lidel;

- Federação Internacional de Planeamento da Família (2000). *Carta Dos Direitos Sexuais E Reprodutivos*. 2ª edição. Lisboa: Secção da Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulher
- Ferreira, A. F. (2016) Fisiologia do Puerpério. in M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.438-442) Lidel;
- Ferreira, S. S. C. H. (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.416-424). Lidel;
- Flameng, C. (2015). FGM: challenges for asylum applicants and officials. *Forced Migration Review*. 1, 79-81.
- Fontanella, B. J. B. (2021). Participantes em Investigação Qualitativa. In S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves & C. G. Marques (Coord.) *Manual de Investigação Qualitativa* (pp. 25-40). Pactor
- Frade, A. & Gonçalves, Y. (2007). *Abordagens jurídicas para o abandono e eliminação da MGF*. 1. https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/folha_de_dados.pdf
- Freitas, M. J. S. & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.455-472) Lidel;
- González-Timoneda, A., González-Timoneda, M., Cano Sánchez, A. & Ruiz Ros, V. (2021). Female genital mutilation consequences and healthcare received among migrant women: A phenomenological qualitative study. *International journal of environmental research and public health*. 18 (13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18137195>
- Gómez, E. E. (2021). Desenhos de investigação qualitativa. In S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves & C. G. Marques (Coord.) *Manual de Investigação Qualitativa* (pp. 3-22). Pactor

- Graça, L. M. (2017). Hipertensão arterial na gravidez. In L. M. Graça, *Medicina Materno-fetal* (p.424-443). Lidel;
- Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. (2011). II Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. 1–39. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/1prog_eliminacao_mgf.pdf
- Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.425-431). Lidel;
- Hamid, A., Grace, K. T. & Warren, N. (2018). A Meta-Synthesis of the Birth Experiences of African Immigrant Women Affected by Female Genital Cutting. *Journal of midwifery & women's health*. 63 (2), 185-195. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12708>
- Instituto Nacional de Estatística (2023, 18 de fevereiro). *Partos: total e em estabelecimentos de saúde*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAdade-152>;
- International Confederation of Midwives (2019, outubro 10). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Johnsdotter, S. & Essén, B. (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 32, 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012>
- Johnsdotter, S. (2021). Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror. *History & Anthropology*. 23, 91-114. <https://doi.org/10.1080/02757206.2012.649270>

- Kestelman, F. P., Souza, G. A., Thuler, L. C., Martins, G., Freitas, V. A. R. & Canella, E. O. (2007). Breast Imaging Reporting and Data System - BI-RADS: valor preditivo positivo das categorias 3, 4 e 5. revisão sistemática da literatura. *Radiologia Brasileira*, 40(3), 173–177. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0100-39842007000300008>
- Koutaa, C., Kofou, E. & Kaili, C. (2020). United to end female genital mutilation: an online knowledge platform for professionals and public. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 25, 235-239. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1752651>
- La Barbera, MC. (2019). Rituální úpravy ženských pohlavních orgánů v diaspoře: k účinné ochraně dívek. *Gender and Research*. 20, 18–38. <http://dx.doi.org/10.13060/25706578.2019.20.1.461>
- Lei nº 83/2015 (2015). Trigésima oitava alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, autonomizando o crime de mutilação genital feminina, criando os crimes de perseguição e casamento forçado e alterando os crimes de violação, coação sexual e importunação sexual, em cumprimento do disposto na Convenção de Istambul. Assembleia da República. *Diário da República, I Série* (N.º de 2015-08-05), 5375 - 5377. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/83/2015/08/05/p/dre/pt/html>
- Lei nº 110/2019 (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à [Lei n.º 15/2014](#), de 21 de março. Assembleia da República. *Diário Da República, I Série* (Nº 172 de 9-9-2019), 94–101. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/124539905>
- Lei nº 16/2007 (2007). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Assembleia da República. *Diário da República, Série I* (n.º 75 de 17 de abril de 2007) 2417 – 2418. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/16-2007-519464>

- Lei nº 25/2014 (2014). Procede à segunda alteração à [Lei n.º 9/2009](#), de 4 de março, e transpõe parcialmente para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º [2013/25/UE](#), do Conselho, de 13 de maio, que adapta determinadas diretivas no domínio do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços, devido à adesão da República da Croácia. *Diário da República*, 1ª Série (Nº 84 de 2 de maio de 2014), 2540 – 2604. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2014/05/02/p/dre/pt/html>;
- Lei nº 90/97 (1997). Altera os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I-A (nº 174 de 03 de julho de 1997), 3930 – 3931. <https://data.dre.pt/eli/lei/90/1997/07/30/p/dre/pt/html>
- Leitão, M. (2016). Alterações psicológicas no puerpério. In Nené, M., Marques, R., & Batista, M.A. (Coord.). (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel;
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF - Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés;
- Lisboa, M., Cerejo, D., Teixeira, A. L, Santana, R., Luís, A. A., Teixeira, A. B., Baldé, C., Moreira, C., Moita, G., Martins, M. R. O. & Baldé, T. (2015). *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf
- Lopes, M. O. (2016). Plano de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.167-169). Lidel
- Magalhães, J. & Poul, V. (2021). Entrevista. In S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves & C. G. Marques (Coord.) *Manual de Investigação Qualitativa* (pp. 63-85). Pactor
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça e parto Pré-termo e Parto pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.211-225). Lidel;

- Malin, J. & Griffin, G. (2018). Clitoral reconstruction: Understanding changing gendered health care needs in a globalized Europe. *European Journal of Women's Studies*. 25 (2), 154-167.
- Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica - episiotomia) traumática - laceração de 1.º e 2.º graus). In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 142-148). Lidel;
- Milette, I., Martel, M.-J., Silva, M. R. e McNeil, M. C. (2017) Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the Neonatal Intensive Care Unit. Part A: Background and Rationale. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2) 46-62.
<https://doi.org/10.1177/0844562117706882>
- Mineiro; A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.335-347). Lidel;
- Monteiro, F. & Leite, C. F. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.182-199). Lidel;
- Monteiro, M. J., Santos, M., Prata A. P. & Sequeira, A. (2020). Utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no Trabalho de parto. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 84-91). Lidel;
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8º edição). Pearson.
- Néné, M., Mendes, M. & Carteiro, D. (2016). Mutilação Genital Feminina. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.99-107). Lidel;

- Nnamuchi, O. (2012). "Circumcision" or "mutilation"? Voluntary or forced excision? Extricating the ethical and legal issues in female genital ritual. *Journal of Law & Health*. 25 (1), 85-121.
- Novak-Irons, F. (2015). Female genital mutilation: a case for asylum in Europe. *Forced Migration Review*. 1, 77-79.
- Organização das Nações Unidas (2017). *Universal Declaration of Human Rights*. Nova York: Organizações Nações Unidas
- Organização das Nações Unidas (2022, setembro 26). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Mutilação Genital feminina- Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde: Manual de Formação*. Associação para o Planeamento da Família.
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Organização Mundial da Saúde (2023a, junho 29). *Female genital mutilation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Organização Mundial da Saúde (2023b, março 10). *Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Orientação nº 002/2015 (2015). Indução do trabalho de parto. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Orientação nº 002/2016 (2016). Vacinação da grávida contra a tosse convulsa. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i022781.pdf>

- Orientação nº 008/2021 (2021). Mutilação Genital Feminina. Direcção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082021-de-30062021-pdf.aspx>
- Ortensi, L. E. & Menonna, A. (2017). Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016–2030. *European journal of population*. 33 (4), 559-583. <https://doi.org/10.1007/s10680-017-9426-4>
- Paixão, M., Valente, J. & Leite, A. (2021). Para Lá do Fenómeno Cultural: A Mutilação Genital Feminina como um Problema de Saúde Pública em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*. 34 (6), 410-412. <https://doi.org/10.20344/amp.15536>
- Parecer nº23/2011(2011). Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera durante o Internamento Hospitalar. Mesa do Colégio da especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (05.12.2011) 1–7.
- Parecer nº 274 / 2010 (2010). Aplicação e remoção de implantas subcutâneos e dispositivos Intra-Uterinos por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Conselho de Enfermagem (11.03.2010) 1–4.
- Parker, M. E. & Smith, M. C. (2015). Choosing, evaluating, and impletmenting nursing theories for practice. In Parker, M. E. & Smith, M. C. (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 27–32). F.A. Davis Company e Philadelphia.
- Pereira, M (2016). Métodos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.158-162). Lidel;
- Peters M. D. J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A. C., Khalil, H. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Petitpas, E. & Nelles, J. (2015). The Istanbul Convention: new treaty, new tool. *Forced Migration Review*. 1, 83-86.

- Porto Editora (2022, maio 05). Neonato. Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/neonato>;
- Prada, F. & Rafael, M. (2016). Desvios ao Trabalho de parto Normal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.368-375). Lidel;
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2º edição). Universidade Feevale;
- Queiró, L. e Santos, E., (2019). História clínica e exame do recém-nascido. In Tuna, M. L., Loio, P., Pinto, C. G., Salazar, A., Santos, E., Aguiar, M. ... & Correia, C. (Ed.). (2019). *Neonatologia, Manual Prático* (3ª edição). Associação Pediátrica de São Francisco Xavier;
- Regulamento n.º391/2019 (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 3 de maio de 2019), 13560-13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>;
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série II (Nº 26/2019 de 2019-02-06), 4744 – 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Reig-Alcaraz, M., Siles-González, J. & Solano-Ruiz, C. (2016). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing*. 72, 245-260. <https://doi.org/10.1111/jan.12823>
- Rodrigues, S. I. B. (2016). Parto Distócico. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.382-387). Lidel;

- Rua, M., Carvalho, M. M.; Santos, M. J. & Amaral, C. F. (2020). Cuidados imediatos ao RN. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 209-214). Lidel;
- Ruivo, M. A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, nº 15, Janeiro-Março.
- Santos, M. J., Lopes, S., Prata, A. P., Sequeira, A. Freitas, C. & Carvalho, M. M. (2020). Avaliação do estado do períneo. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.200-204). Lidel
- Sardanelli, F., Fallenberg, E. M., Clauser, P., Trimboli, R. M., Camps-Herrero, J. Helbich, T. H. & Forrai, G. (2016). Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women. *The European Breast Cancer Coalition*, 8, 11–18. [10.1007/s13244-016-0531-4](https://doi.org/10.1007/s13244-016-0531-4)
- Seabra, A., Sequeira, A., Sousa, C., Sobral, M. F., Pousa, O. e Henriques, C. M. G. (2020). Monitorização da altura uterina. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.33-35). Lidel;
- Sequeira, A., Henriques, C. M. G., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C. e Sobral, M. S. (2020). Avaliação da apresentação fetal e tamanho do bebé: Manobras de Leopold. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.36-39). Lidel;
- Sequeira, A., Prata, A. P., Correia, T. I., Henriques, C. M. G. e Monteiro, M. J. (2020). Terceiro estágio do Trabalho de parto (dequitadura). In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 162-169). Lidel;
- Sequeira, A., Santos, M. J., Freitas, C. Prata, A. P. & Lopes, S. (2020). Avaliação da involução uterina. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 195-199). Lidel

- Sequeira, A., Sardo, D., Pousa, O., Henriques, C. M. G., M.G. Correia, T. I. Mascarenhas, C. Amaral, C. F. (2020). Técnica de amamentação. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.295-306). Lidel
- Sequeira, A., Seabra, A., Sousa, C., Brandão, S. & Pousa, O. (2020). Monitorização da cardiotocografia externa. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.44-52). Lidel;
- Sequeira, A., Seabra, A., Sousa, C., Pousa, O. e Teixeira, A. (2020). Monitorização da frequência cardíaca fetal com doppler. In A. Sequeira, O. Pousa & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.40-43). Lidel;
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2017). Nascer prematuro: um manual para os pais dos bebés prematuros [s.l., s.n.]
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020). Consenso Clínico “Prevenção do colapso súbito pós-natal na sala de partos” [s.l., s.n.]. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2021/03/Consenso-Colapso-2020.pdf>
- Sousa, L. G. (2016). Métodos de interrupção da gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.287-291). Lidel
- Teixeira, A. L. & Lisboa, M. (2016). Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal. *Public health.* 139, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.002>
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (2º edição). Lusociência.
- Van Baelen, L., Ortensi, L. & Leye, E. (2016). Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *The European journal of contraception & reproductive health care.* 21 (6), 474-482. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1234597>

- Vella, M., Argo, A., Costanzo, A., Tarantino, L. Milone, L. & Pavone, C. (2015). Female genital mutilations: genito-urinary complications and ethical-legal aspects. *Urologia Journal*. 82, 151-159. <https://doi.org/10.5301/uro.5000115>
- Vilar, D., Nogueira, A. & Carnapete V. (2012). *Osíris – Conceber - Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade*. APF
- Zabala, A & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Artmed Editora;
- Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A. & Elliott, E. (2015). Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC International Health & Human Rights*. 15, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0070-y>

ANEXOS

ANEXO 1- DESCRIÇÃO DA PESQUINA NA EBSCOHOST

CINAHL Complete



Wednesday, September 21, 2022 10:52:47 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S39	S29 AND S36	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20220831 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	22
S38	S29 AND S36	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	28
S37	S29 AND S36	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	46
S36	S28 OR S32 OR S35	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	61,217
S35	S33 OR S34	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,272
S34	Portugal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	8,272

			Base de dados - CINAHL Complete	
S33	(MH "Portugal")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,639
S32	S30 OR S31	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	53,341
S31	Europe	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	53,341
S30	(MH "Europe")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	32,940
S29	S10 OR S14 OR S18 OR S22 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,647
S28	S26 OR S27	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	249
S27	guinea bissau	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	249

			Base de dados - CINAHL Complete	
S26	(MH "Guinea-Bissau")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	181
S25	S23 OR S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	48
S24	infibulation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	48
S23	"infibulation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	48
S22	S6 AND S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	126
S21	S19 OR S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	41,521
S20	cut	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	41,521

			Base de dados - CINAHL Complete	
S19	"cut"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	34,554
S18	S3 AND S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	812
S17	S15 OR S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,774
S16	Circumcision	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,774
S15	"Circumcision"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,758
S14	S3 AND S6 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,922
S13	S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	2,450

S12	Mutilation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,450	Base de dados - CINAHL Complete
S11	"Mutilation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,425	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S10	S3 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	411	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,775	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S8	Cutting	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,775	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S7	"Cutting"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,709	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	17,263	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada
S5	Genital	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	17,079	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S4	(MH "Genitalia")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	602	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,238,070	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S2	Female	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,238,070	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete
S1	(MH "Female")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,184,250	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete

MEDLINE Complete

 Wednesday, September 21, 2022 10:57:07 PM				
#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S39	S29 AND S36	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20220831 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	36
S38	S29 AND S36	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	54
S37	S29 AND S36	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	137
S36	S28 OR S32 OR S35	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	358,528
S35	S33 OR S34	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	139,866
S34	Portugal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	139,866

<https://web.a.ebscohost.com/ehost/serchhistory?vid=31&sid=2c8be04-3a59-49e9-98b8-341980e39c24%40red&db=Med&Search...> 1/6

S33	(MH "Portugal")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	15,214	Base de dados - MEDLINE Complete
S32	S30 OR S31	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	223,661	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete
S31	Europe	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	223,661	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete
S30	(MH "Europe")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	115,112	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete
S29	S10 OR S14 OR S18 OR S22 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,722	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete
S28	S26 OR S27	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,569	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete
S27	guinea bissau	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,569	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada

S26	(MH "Guinea-Bissau")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,008	S19	"cut"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	156,063
S25	S23 OR S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,535	S18	S3 AND S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,717
S24	infibulation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,535	S17	S15 OR S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,377
S23	"infibulation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,533	S16	Circumcision	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,377
S22	S6 AND S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	511	S15	"Circumcision"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,320
S21	S19 OR S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	167,955	S14	S3 AND S6 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,655
S20	cut	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	167,955	S13	S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	6,924

S12	Mutilation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,924	S5	Genital	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	103,380
S11	"Mutilation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,640	S4	(MH "Genitalia")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,371
S10	S3 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	746	S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,694,914
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	51,501	S2	Female	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,694,914
S8	Cutting	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	51,501	S1	(MH "Female")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,467,632
S7	"Cutting"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	49,561					
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	105,735					

Academic Search Complete



Wednesday, September 21, 2022 10:48:25 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S39	S29 AND S36	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101- 20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	54
S38	S29 AND S36	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	83
S37	S29 AND S36	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	105
S36	S28 OR S32 OR S35	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	629,846
S35	S33 OR S34	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	179,600
S34	portugal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	179,600

			Base de dados - Academic Search Complete	
S33	"portugal"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	179,282
S32	S30 OR S31	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	457,498
S31	Europe	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	456,142
S30	DE "EUROPEANS"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	2,042
S29	S10 OR S14 OR S18 OR S22 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	3,879
S28	S26 OR S27	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	1,489
S27	guinea bissau	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,487

			Base de dados - Academic Search Complete	
S26	DE "GUINEANS (Guinea-Bissauans)"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	6
S25	S23 OR S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	2,556
S24	infibulation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	2,556
S23	DE "INFIBULATION"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	92
S22	S3 AND S6 AND S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	180
S21	S19 OR S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	355,907
S20	cut	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	355,907

			Base de dados - Academic Search Complete	
S19	"cut"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	288,704
S18	S3 AND S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	1,332
S17	S15 OR S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	6,025
S16	Circumcision	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	6,025
S15	DE "CIRCUMCISION"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	3,382
S14	S3 AND S6 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	3,219
S13	S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	8,114

			Base de dados - Academic Search Complete	
S12	Mutilation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	8,114
S11	DE "MUTILATION & maiming"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	129
S10	S3 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	834
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	114,800
S8	Cutting	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	114,800
S7	"Cutting"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	110,675
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	39,292

			Base de dados - Academic Search Complete	
S5	Genital	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	39,121
S4	DE "GENITALIA"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	7,910
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	769,947
S2	Female	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	769,947
S1	DE "FEMALES"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	8,087

ANEXO 2- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exmo. Sr. Presidente da ESEL, Professor João Santos

Assunto: Pedido da mestranda Cristina Jaguité para apreciação do projeto de investigação, no âmbito do projeto de estágio com relatório, intitulado "Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina"

Processo Nº: 7269/2021/CE

Data: 04 de abril de 2022

A Comissão de Ética da ESEL recebeu, com data de 06 de dezembro de 2021, o pedido da mestranda Cristina Jaguité, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para apreciação do projeto "Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina"

Documentos que suportavam o pedido:

1. Carta dirigida ao Presidente da ESEL;
2. Formulário para submissão de projeto de investigação à CE da ESEL; (apresenta 2 Formulários por necessidade de completar informação);
3. Documento de Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudo de investigação;
4. Guião da entrevista;
5. Projeto de Estágio com Relatório/ Opção II;
6. Questionário - Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção do Corte Genital Feminino



Questão 3 – O Documento de Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudo de investigação não fornece informação clara e suficiente sobre o estudo que assegure aos participantes a livre participação, o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Em 31/março /2022, em resposta ao parecer intermédio, a mestranda enviou à CE os seguintes documentos:

- 1) Resposta ao 1º parecer intermédio
- 2) Questionário - Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção do Corte Genital Feminino

Da análise efetuada ao material enviado (o documento 1 apresenta texto com a resposta a cada uma das questões colocadas e o documento 2 foi objeto de reformulação no que concerne à informação disponibilizada aos participantes) a CE considerou que as questões com implicações éticas estavam esclarecidas

Da decisão da CE:

A Comissão de Ética é de parecer que o projeto tem interesse para o desenvolvimento da área de conhecimento e que reúne as condições para ser aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **MARIA ANTÓNIA MIRANDA**
REBELO BOTELHO ALFARO VELEZ
Num. de identificação: 04585273
Data: 2022.04.06 12:48:31+01'00'



(Prof.ª Coordenadora Maria Antónia Rebelo Botelho)

ANEXO 3- SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion 4
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman MS
- Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) MS
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. 40
- Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) 40
 - Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries 1
 - Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births 0
 - Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births 10
 - Episiotomia/Episiotomy 0
 - Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy 29
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk 40
- Gravidez/Pregnancy (40) 40
 - Trabalho de parto/Labor 10
 - Puerpério/Puerperium 7
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) 100
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) 100
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care 8
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology 38

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/Supervision and care to the woman in the area of sexual health

- Colocação de DIU/IUD insertion practice 1
- Colocação de implantes/Implants insertion practice 0
- Observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 11

10. Prática Simulada/Simulated practice

- Prática em partos eutócicos/Practice eutocic delivery 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/Practice in breech presentation deliveries 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/Practice on episiotomy and initiation to the suture technique 2
- Prática na colocação de DIU/IUD insertion practice —
- Prática na colocação de implantes/Implants insertion practice —
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology —

Lisboa, 10/7/2022

Estudante/Student

Christina Jacinto

Docente/Teacher

Amia M. R. R.

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M.ª Anabela Pereira da Silva

ANEXO 4- CERTIFICADO DE FORMADORA

SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA/GINECOLOGIA
FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE CRISTINA JAGUITÉ PARTICIPOU COMO FORMADOR NA SESSÃO DE
FORMAÇÃO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA PREVENÇÃO DA MUTILAÇÃO
GENITAL FEMININA

NO DIA 26 DE OUTUBRO COM DURAÇÃO DE 45 MIN

ALMADA, 27 DE OUTUBRO DE 2021

ENFERMEIRO GESTOR

CARLOS RODRIGUES

Carlos Rodrigues
Enfermeiro Chefe

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL PELA FORMAÇÃO

TERESA RODRIGUES

Teresa Rodrigues

**ANEXO 5- FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES
QUALIFICADOS/AS QUE ATUEM NO DOMÍNIO DA PREVENÇÃO,
SENSIBILIZAÇÃO E COMBATE A PRÁTICAS TRADICIONAIS
NEFASTAS, EM PARTICULAR, À MGF**

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Cristina Jaguité natural de Lisboa nascida em 01/03/1991, com o N.º de Passaporte CA671138 válido até 24/05/2024, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Agentes qualificados/as que atuem no domínio da Prevenção, Sensibilização e Combate a práticas tradicionais nefastas, em particular, à MGF, em 27/11/2021, com a duração de 18:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..100
Género e Violência Contra as Mulheres	6:00	-
A Mutilação Genital Feminina - Uma prática tradicional nefasta	4:00	-
Enquadramento Legislativo	4:00	-
Os/as Diferentes Profissionais e Interlocutores/as na Intervenção	4:00	-
Nota Final		94

Lisboa, 13 de dezembro de 2021

O(A) Responsável pelo(a) Questão de Igualdade - Associação para a Inovação Social

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 485/2021 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

APÊNDICES

APÊNDICE 1- COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À MGF

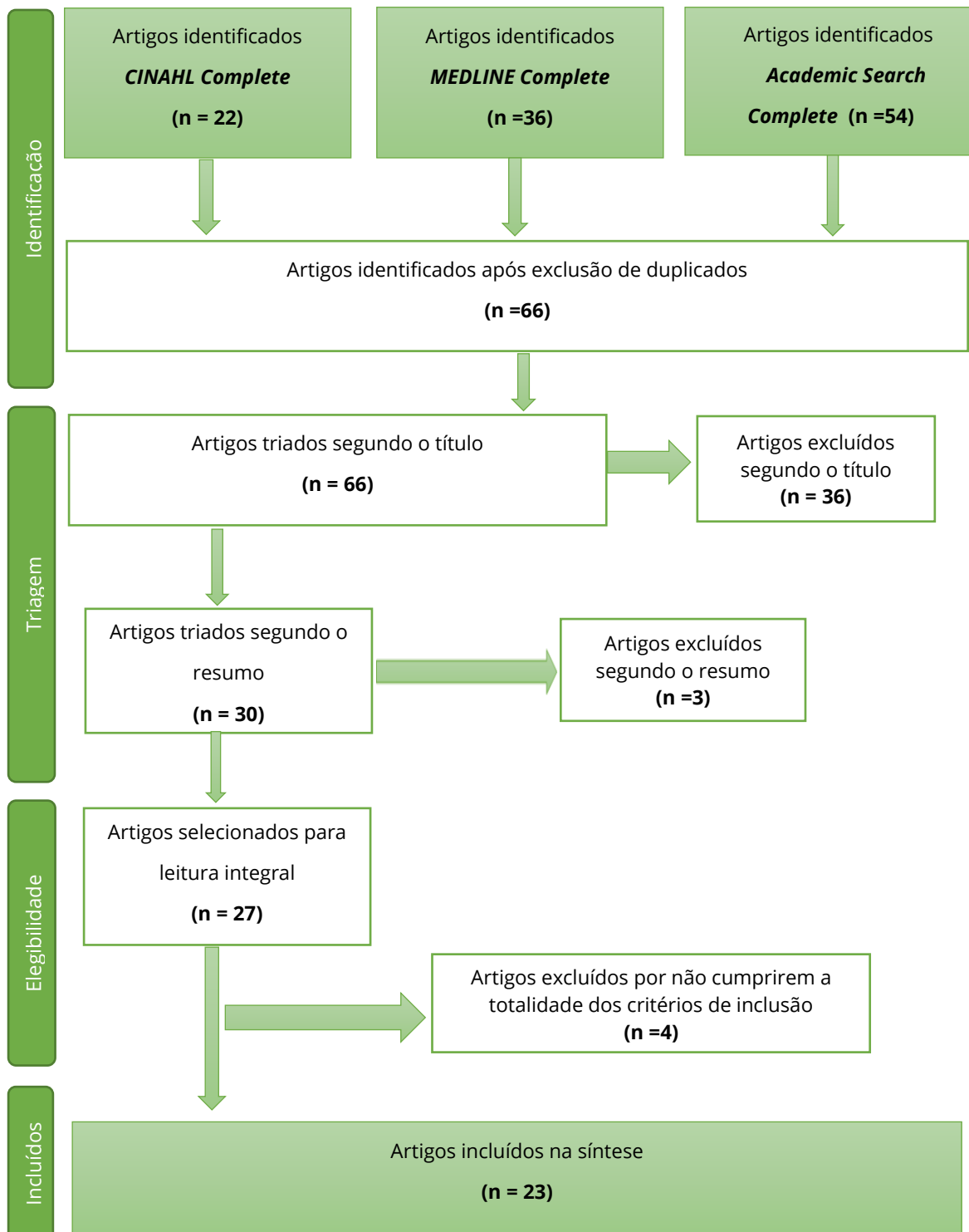
	Imediatas	Tardias
Físicas	-Dor intensa; -Hemorragia; -Choque hipovolémico; -Lesão na uretra, vagina, períneo e reto; -Retenção urinária aguda; -Dificuldade na eliminação de fezes; -Fratura óssea ou deslocamento; -Infeção; -Vírus de Imunodeficiência Humana -Incapacidade de cicatrizar a ferida; -Morte por hemorragia ou infeções diversas, incluindo tétano e septicemia.	-Dificuldades relacionadas com o fluxo menstrual; -Dificuldade em urinar; -Infeção urinárias recorrentes; -Infeção pélvicas; -Queloides; -Quistos e abscessos vulvares; -Neuroma clitoriano; -Formação de cálculos na vagina e justa uretrais; -Fístula vesicovaginal e fístula retovaginal; -Problemas no parto e sofrimento fetal intraparto.
Psicológicas e Sociais	-Medo, submissão, inibição e supressão de sentimentos, um marco inesquecível; -Sentimento de traição, amargura e raiva por terem sido sujeitas à MGF; -Ansiedade e fragilidade, com frequência, reflexo da profundidade da dor emocional.	-Sentimento de humilhação, opressão e medo; -Incapacidade para desenvolver relações íntimas e de vinculação; - Risco de desenvolver disfunções da auto-estima e auto-imagem, depressão, ansiedade crónica, fobias, pânico ou perturbações psicóticas.
Sexuais	-Podem sofrer de várias formas de disfunção sexual, incluindo o vaginismo; - Dispareunia.	-Infertilidade; - Alterações no relacionamento do casal ou da sexualidade masculina (Relações extraconjugais).

(Frade & Gonçalves, 2007; GTISSMGF/C, 2011; OMS, 2023^a)

APÊNDICE 2- LINGUAGEM DE PESQUISA

PCC	CINHAL		MEDLINE		Academic Search	
	Termos Naturais	Termos Naturais	Termos Naturais	Termos Indexados	Termos Naturais	Termos Indexados
População	Female	(MH "Female")	Female	(MH "Female")	Female	De "females"
Conceito	Genital	(MH "Genitalia")	Genital	(MH "Genitalia")	Genital	De "genitalia"
	Cutting	"Cutting"	Cutting	"Cutting"	Cutting	"cutting"
	Mutilation	"Mutilation"	Mutilation	"Mutilation"	Mutilation	De "mutilation & maiming"
	Circumcision	"Circumcision"	Circumcision	"Circumcision"	Circumcision	De "circumcision"
Contexto	Cut	"Cut"	Cut	"Cut"	Cut	"Cut"
	Infibulation	"Infibulation"	Infibulation	"Infibulation"	Infibulation	De "infibulation"
	Guinea Bissau	(MH "Guinea-Bissau")	Guinea Bissau	(MH "Guinea-Bissau")	Guinea Bissau	De "Guineans (Guinea-Bissauans)"
	Europe	(MH "Europe")	Europe	(MH "Europe")	Europe	De "Europeans"
	Portugal	(MH "Portugal")	Portugal	(MH "Portugal")	Portugal	"Portugal"

APÊNDICE 3- FLUXOGRAMA PRISMA



APÊNDICE 4- EXTRAÇÃO DE DADOS

	Autores e Ano	País de publicação	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
1	Paixão, M., Valente, J. & Leite, A. (2021)	Portugal	Para Lá do Fenómeno Cultural: A Mutilação Genital Feminina como um Problema de Saúde Pública em Portugal.	Caracterizar e detalhar iniciativas realizadas para a prevenção do mesmo, nomeadamente no âmbito da formação dos profissionais de saúde.	Análise do resultado obtido na implementação do projeto "Práticas Saudáveis: Fim à Mutilação Genital Feminina",	O projeto teve a duração inicialmente prevista de dois anos, de 2018 a 2020, tendo sido prorrogado até final de 2021. Foi desenvolvido em três áreas de ação, que consistem no aumento do reconhecimento da MGF como uma prática nefasta e integrá-la como instrumento de política pública, na capacitação e formação de profissionais e através da intervenção na comunidade.
2	Reig-Alcaraz,M., Siles-González,J. & Solano-Ruiz, C. (2016)	Estados Unidos da América (EUA)	A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation.	Realizar uma síntese do conhecimento, atitudes e experiências dos profissionais de saúde sobre a MGF.	Meta-análise sobre o conhecimento, as atitudes e experiências dos profissionais de saúde sobre a MGF. Foram incluídos estudos descritivos, quantitativos, qualitativos e estudos da literatura cinzenta em inglês ou espanhol.	A falta de conhecimento do profissional de saúde a respeito da MGF, está relacionado com a distinção dos diferentes tipos, este facto tem consequências graves, tais como a não deteção de mulheres submetidas a MG, não conhecer os problemas e complicações associadas a cada tipo e não oferecer os cuidados e suporte adequados. Ao contextualizar exemplos de suporte tácito padrão para a MGF, como profissionais de saúde que parecem respeitar e aprovar a MGF, este fenómeno pode ser explicado por respeito à cliente e, em segundo lugar, ao relativismo cultural ou respeito pela cultura, embora não se deva esquecer que a MGF viola os direitos humanos. Na literatura em geral, as mulheres disseram que sentiam mais confiança para e receber cuidados de uma parteira do que de um médico.
3	Hamid, A., Grace, K. T. & Warren, N. (2018)	Estados Unidos da América	A Meta-Synthesis of the Birth Experiences of African Immigrant Women Affected by Female Genital Cutting.	Compreender as experiências de parto e nascimento de mulheres imigrantes em países que têm um histórico de mutilação genital feminina.	Meta-síntese qualitativa numa abordagem meta-etnografia para sintetizar a literatura. Os 14 estudos incluídos foram conduzidos na Suécia, Noruega, Reino Unido, França, EUA e Austrália.	Com a leitura dos artigos, os autores desenvolveram 4 conceitos ligados à MGF: dor, ansiedade, equilíbrio entre antigo e novo e isolamento e desrespeito. A dor foi vivenciada pelas mulheres não só no parto, mas continuamente através da dor psicológica causada pelas memórias do procedimento inicial de MGF, exames pélvicos e o período pós-parto. Foi uma fonte de alívio para as mulheres quando os prestadores de cuidados de saúde demonstraram competência na gestão da MGF. A combinação entre a ansiedade, dor e falta de controle invocam memórias de infância de MG em algumas mulheres. As mulheres perceberam algumas atitudes dos profissionais de saúde como desrespeitosas e acrescentou ainda mais a sensação de solidão e isolamento.

						Referem que à medida que aumenta a migração de mulheres afetadas pelo MGF, torna-se urgente a prestação de cuidados adequados e centrados na utente nos países onde se reinstalam. Isso só é possível pela compreensão das vivências das mulheres afetadas pelo MGF.
4	Baillot, H., Murray, N., Connelly, E. & Howard, N. (2018)	Reino Unido	Addressing female genital mutilation in Europe: a scoping review of approaches to participation, prevention, protection, and provision of services	Explorar as intervenções de prevenção e resposta à MGF na Europa, usando a literatura e fontes de entrevistas.	Revisão Scoping pretendiam responder à seguinte questão: "Quais as intervenções relacionadas com a MGF, tentadas na Europa, tiveram maior potencial para reduzir ou mitigar a MGF entre mulheres e meninas nas comunidades afetadas?".	A revisão salienta a relevância de trabalhar com comunidades para garantir que a formulação de políticas e o desenvolvimento de práticas são moldadas pelas experiências, necessidades e pontos de vista das pessoas afetadas pela MGF. A sensibilização e o papel dos profissionais mostraram-se importantes para a prevenção da MGF. As maternidades foram identificadas como essenciais na sensibilização, no entanto, os profissionais da maternidade não estão preparados para se envolverem na prevenção. A competência cultural pode melhorar os cuidados prestados às mulheres das comunidades afetadas. Em França, a possibilidade de realizar a reconstituição da genitália foi marcante para quebrar o silêncio em torno da MGF dentro das famílias e entre médicos e pacientes.
5	Nnamuchi, O. (2012)	Nigeria	"Circumcision" or "mutilation"? Voluntary or forced excision? Extricating the ethical and legal issues in female genital ritual.	Classificar a excisão voluntária e forçada da genitália feminina, argumentar por diferentes perspetivas e tratamento dos dois procedimentos. Fundamentar a distinção entre o ritual de remoção da genital feminino forçada e voluntária como base para a aplicação de sanções.	Análise e interpretação de fenómeno da mutilação / excisão feminina.	O autor refere que em relação à MGF, a fonte do conflito moral não tem nada a ver com "diferentes princípios morais" ou com a obtenção do consentimento antes do procedimento. Estudiosos teorizam que, uma vez que mesmo as mulheres em sociedades praticantes de MGF discordam sobre a propriedade do procedimento, talvez um compromisso seria tornar o procedimento eletivo. De acordo com essa visão, o procedimento seria realizado apenas em adultos consentidos. Este compromisso é uma sugestão sensata, mas levanta a questão de saber se tal consentimento torna o ritual menos perverso. O consentimento nega o mal? Rituais de passagem alternativos que não envolvam cortes promoveriam melhor o bem-estar. Por exemplo, em Quênia, um rito de passagem alternativo conhecido como Ntanira na Mugambo ou Circuncisão através das Palavras tem sido praticado desde 1996. Após um programa de aconselhamento de uma semana sobre a família e o papel das mulheres, há uma celebração comunitária de canto, dança e festa para transição das meninas para a idade adulta.

						O autor defende que, a criminalização dos casos de MGF forçada é o procedimento louvável, mas dificilmente adequado por si só para desencadear as mudanças necessárias.
6	Malin, J. & Griffin, G. (2018)	Suécia	Clitoral reconstruction: understanding changing gendered health care needs in a globalized europe	Mapear alguns dos terrenos relacionados com a reconstrução do clitóris e sugerir trabalhos adicionais que precisam ser feitos nesta área cada vez mais importante.	Revisão da literatura	A Reconstrução do Clitóris (RC) para mulheres submetidas a MGF é um procedimento relativamente recente, conforme descrevem os autores. Ao contrário da questão da desfibulação antes e durante o parto, a RC, atualmente, em grande parte, é considerada uma forma de cirurgia eletiva. Muito pouco se sabe até hoje sobre o que as mulheres afetadas pela MGF realmente querem com a reparação cirúrgico do clitóris ou quais são os efeitos a médio e longo prazo dessa cirurgia. Os autores encontram três razões principais para escassez de informação sobre este assunto: uma é que esta cirurgia simplesmente ainda não é amplamente acessível. A segunda é que as mulheres que passaram por esta cirurgia podem sentir dificuldade em discutir este assunto por vários motivos, e podem se recusar a ser entrevistadas. A terceira razão é que as mulheres que passaram pela RC podem ser difíceis de alcançar. Os autores, citando Villani (2015), o aspeto estético sugere que a dimensão visual de danificar os genitais de uma mulher através do corte pode produzir estigmatização, pois a mulher pode não se sentir “à vontade” com sua genitália, mas sim “mutilada”. Esse argumento pode ser comparado àquele a favor da cirurgia reconstrutiva da mama após neoplasia da mama, ou da cirurgia plástica reconstrutiva após queimaduras.
7	Johnsdotter, S. & Essén, B. (2016)	Holanda	Cultura I change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities	Realizar uma revisão da literatura sobre o conhecimento atual à cerca da mudança cultural após a migração na prática da Circuncisão Feminina.	Revisão da literatura	A circuncisão feminina pode ser considerada como uma estratégia utilizada pelas mães que escolhem a circuncisão das filhas, fazem-no com o intuito de melhorar as perspetivas de futuro da filha. A teoria da convenção social pode ser útil como uma ferramenta para provedores de saúde. Existem mulheres que estão confortáveis com a circuncisão, pelo que deve ser evitado a utilização da terminologia mutilação. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental para melhorar a autoestima das jovens e neutralizar possíveis sentimentos de vergonha corporal.

8	Van Baelen, L., Ortensi, L. & Leye, E. (2016)	Bélgica	Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland.	Fornecer uma estimativa do número total de meninas e mulheres de primeira geração na Europa que foram submetidas à MGF.	Análise secundária de dados do censo da UE de 2011 e extrapolação das taxas de prevalência de MGF nos países de origem por idade dos imigrantes.	Das 1.353.970 mulheres e meninas na Europa com 10 anos ou mais, provenientes de 1 dos 30 países onde a MGF está documentada, cerca de 578.068 foram submetidas a esta prática. As coortes mais jovens são menos afetadas como consequência do declínio da prática em alguns países. Algumas mulheres ilegais não estão incluídas nestes números. Além disso, é impossível estimar a prevalência de MGF entre algumas comunidades de países como a Índia, Irã, Arábia Saudita ou Malásia pelas evidências serem risíveis. Os dados do censo certamente subestimam a prevalência de MGF em comparação com estimativas baseadas em vários dados.
9	Teixeira, A. L. & Lisboa, M. (2016)	Holanda	Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal.	Estimar a prevalência do MGF/C em Portugal.	Extrapolação dos dados de prevalência do país de origem e os dados do Censo de 2011.	Os dados do Censo de 2011 indicaram que existiam 13.335 mulheres nascidas em países praticantes de MGF/C com idades entre os 15-50 anos em Portugal. Foi considerando apenas o país de nascimento da mãe. 89% das mulheres entre os 15-49 anos eram provenientes da Guiné-Bissau (9452 mulheres). Estima-se que 5246 mulheres a viver em Portugal, com idades entre 15 e 49 anos, foram submetidos a MGF/C e concentraram-se principalmente no distrito de Lisboa (mais de dois terços), e 14% vivem em Setúbal. Usando extrapolação de dados de prevalência no país de origem das meninas de 15 anos e 19 anos, estimou-se que 1830 raparigas com <15 anos a residir em Portugal sofreram ou provavelmente irão sofrer MGF/C. O presente estudo não incluiu o número de refugiados ou requerentes de asilo.
10	Baldé, C. & Rodríguez, A. A. (2019).	Espanha	Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina «Jadare» en la cultura fulbe (Guinea Bissau).	Descrever a MGF /Jadare na perspetiva da cultura Fulbe. Ajudar os profissionais de saúde a realizar uma intervenção adequada.	Estudo de caso. Os dados foram obtidos a partir de 5 entrevistas semiestruturadas, estando incluído a entrevista a uma mulher que executante da MGF.	Na cultura Fulbe, tradições como a MGF são práticas comuns que eles mantêm, apesar de sua proibição. Na comunidade Fulbe Jadare é o termo usado para se referir às atividades realizadas como um processo de iniciação à idade adulta. Os sujeitos do estudo relatam que as meninas casam-se entre os 15 e 16 anos, após a primeira menstruação. O casamento é contratado a pedido dos pais ou por solicitação da menina, com a pessoa que seus pais decidem em troca de algum benefício económico, sejam vacas, terra ou dinheiro. Como parte da tradição, antes do casamento, as meninas deveriam praticar o ritual Jadare. A celebração desta etapa implica uma festa, na qual há a contribuição com presentes para a menina circuncidada, e celebra-se a maturidade e

						pureza da menina. Sem antes terem praticado o MGF/C, não podem fazer o Ramadã, pois não são consideradas mulheres adultas puras. Parte da comunidade Fulbe entende definição da OMS sobre a MGF como uma agressão e uma ofensa à sua cultura, pois para ela a prática tem outro significado, outro valor sagrado na sua esfera cultural, ou seja, um ritual de purificação e de passagem para a idade adulta.
11	Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A. & Elliott, E. (2015).	Inglaterra	Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice.	Identificar, descrever e analisar publicações que relatam o conhecimento, atitudes e práticas clínicas relacionadas com a MGF/C entre profissionais de saúde internacionalmente.	Revisão sistemática da literatura.	Alguns obstetras, ginecologistas e parteiras que trabalham em países desenvolvidos foram solicitados a realizar nova infibulação a mulheres após o parto e alguns o fizeram. Quatro estudos relataram que profissionais de saúde em países desenvolvidos foram solicitados a realizar MGF/C em bebês ou meninas, ou a fornecer informações sobre onde fazer o procedimento. 45% dos entrevistados revelavam pouco conhecimento sobre os procedimentos corretos para desinfibular mulheres durante o trabalho de parto. Alguns estudos referiram que os entrevistados não sabiam das complicações após MGF/C. Profissionais de saúde de países desenvolvidos indicaram que apoiariam relutantemente a reinfibulação de mulheres de países onde a MGF/C é costume para proteger a mulher de ser marginalizada na sua comunidade. Os profissionais queriam mais informações sobre como falar com as famílias sobre esta questão culturalmente sensível, como reconhecer crianças que podem estar em risco de MGF/C e como tratar mulheres e meninas que foram submetidas a esta prática.
12	González-Timoneda, A., González-Timoneda, M., Cano Sánchez, A. & Ruiz Ros, V. (2021)	Suiça	Female genital mutilation consequences and healthcare received among migrant women: A phenomenological qualitative study.	Adquirir conhecimento experiencial em profundidade sobre as experiências relacionadas com a MGF de mulheres migrantes provenientes de países que praticam a MGF e que residem no país	Estudo qualitativo fenomenológico. Das 23 experiências recolhidas, 20 mulheres foram submetidas à MGF, das quais 14 eram mães.	Relativamente ao conhecimento sobre as consequências obstétricas, as mais citadas foram hemorragia pós-parto, laceração perineal, dor, parto por cesariana e risco de infeção. Foram encontrados alguns relatos de mulheres que referem não haver consequências relacionadas com a circuncisão. Praticamente todas as mulheres entrevistadas em Valência relataram que nenhum profissional de saúde lhes fez questões relacionadas com a MGF durante a gravidez e no parto. Os participantes enfatizaram que a educação e a conscientização de mulheres e homens são fundamentais na mudança de comportamento da comunidade tanto nos atuais países de residência como nos países de origem.

				européu de acolhimento.		Às vezes os participantes encontraram atitudes negativas durante o acesso aos serviços de saúde nos países de acolhimento e, para alguns participantes, a linguagem usada pelos profissionais de saúde foi vista como assustadora ou humilhante. Apesar disso, as mulheres ainda se sentiam discriminadas às vezes devido ao estereótipo dos profissionais de saúde e sua insensibilidade em relação à MGF.
13	Novak-Irons, F. (2015)	Hungria	Female genital mutilation: a case for asylum in Europe.	Compreender a extensão do fenómeno da MGF nos pedidos de asilo através dos dados recolhidos nos sistemas europeus de asilo.	Análise de dados sobre a prevalência da MGF nos sistemas de asilo da União Europeia.	O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados estimou que 71% das mulheres e meninas de países praticantes de MGF que procuraram asilo na UE nos três primeiros trimestres de 2014 podem ter sido sobreviventes da MGF. A autora alega que muitos trabalhadores dos sistemas de asilo europeus não estão familiarizados com a prática e não é raro ouvir ou ler opiniões de que a MGF não é um problema para estas mulheres porque faz parte da sua cultura, que pais instruídos são capazes de proteger suas filhas da prática, que adolescentes e mulheres jovens não mutiladas são velhas demais para correr risco, que a prática cada vez mais medicalizada da MGF é um procedimento menor, sem efeitos nocivos, ou que as mulheres deveriam simplesmente se recusar a se tornar “cortadoras” e realizar essa prática como suas mães. Todos os anos, os sistemas da UE recebem alguns milhares de pedidos relacionados diretamente com a MGF, posto isto, a MGF não deve ser um motivo de asilo negligenciável. Esses pedidos de refúgio são particularmente complexos e envolvem uma variedade de perfis de risco.
14	Vella, M., Argo, A., Costanzo, A. Tarantino, L., Milone, L. & Pavone, C. (2015)	Itália	Female genital mutilations: genito-urinary complications and ethical-legal aspects.	Analisar a epidemiologia das MGF's, as razões pelas quais a prática ainda é feita, as complicações, a ética e os principais aspetos legais dessa prática que devem ser banidos precocemente.	Revisão da literatura.	O C/MGF tipo I e II tem um impacto negativo na vida sexual das mulheres quando comparado com mulheres que não sofreram C/MGF. Resultados mostraram que a função sexual em mulheres com MGF é adversamente alterada em diferentes domínios de excitação ou satisfação. No entanto, outros estudos relataram uma boa saúde sexual em mulheres com MGF e orgasmo em quase 86% dos casos. Nas mulheres infibuladas, algumas estruturas eréteis fundamentais para o orgasmo não foram extirpadas e a influência cultural pode alterar a percepção do prazer, bem como a aceitação social para que as mulheres C/MGF também possam ter a possibilidade de atingir o orgasmo.

						Em mulheres MGF com disfunção sexual, foi demonstrado que a desinfibulação pode melhorar a saúde sexual e, após a desinfibulação, 14 de 15 mulheres relataram orgasmo. A complicação obstétrica mais encontrada nos três grupos foi a laceração perineal, mas com prevalência três vezes maior para mulheres com C/MGF tipo I (27,8%). Taxas mais altas de nados-mortos foram observadas em mulheres com C/MGF tipo I ou II, associadas a um segundo estágio prolongado do trabalho de parto, devido à obstrução e perda da elasticidade dos tecidos. Outro estudo, publicado em 2004, comparou mulheres com e sem MGF num hospital sueco em relação ao trabalho de parto prolongado. O tipo de MGF mais frequente no grupo de estudo foi a infibulação e a desinfibulação foi feita rotineiramente.
15	Flameng, C. (2015)	DESC.	FGM: challenges for asylum applicants and officials.	Melhorar o processo de aquisição do Estatuto dos Refugiados a mulheres e meninas que sofreram ou estão em risco de MGF.	Análise dos fatores dificultadores no pedido de asilo.	Existem vários motivos pelos quais a MGF pode apoiar um pedido de asilo. É uma forma de violência baseada género e uma forma de perseguição específica para crianças. É considerada uma forma contínua de perseguição e também como forma de tortura. A autoridade do asilo entrevista o requerente de asilo para recolher os factos relevantes relacionados com o seu testemunho e avalia a credibilidade do seu pedido, mas os requerentes de asilo muitas vezes não têm conhecimento do objetivo da entrevista. Os sobreviventes da MGF podem enfrentar barreiras adicionais à comunicação, como o desconforto em discutir o assunto e revelar experiência traumática, desejo de esconder experiências vergonhosas e desconfiança em figuras de autoridade. A comunicação com um solicitante é feita através de interprete e, muitas vezes, por meio de intérpretes cuja presença pode impedir ainda mais a divulgação. Em alguns países (como a França), quando uma família solicita proteção internacional devido ao medo de que a MGF seja realizada em uma criança, a proteção é concedida apenas à menina.

16	Cunha, M. I. (2013)	Portugal	Género, cultura e justiça: A propósito dos cortes genitais femininos.	Examinar as desigualdades que mascaram a MGF, os paradoxos que geram e seus possíveis efeitos contraproducentes.	Análise Social da MGF	A terminologia MGF diaboliza as excisões femininas menos invasivas, subtraindo-as também à comparação com a circuncisão masculina, e acrescenta-as no mesmo léxico dos tipos mais graves de MGF. Ahmadu (2007) citado pela autora, refere que estudos clínicos e etnográficos indicam que a excisão, mesmo nas formas mais extremas como a infibulação, não é necessariamente incompatível com uma sexualidade gratificante, e acompanha-se de taxas de anorgasmia surpreendentemente baixas ou em proporções comparáveis às de mulheres não excisadas. Leis específicas anti-MGF em vários países ocidentais, proíbe explicitamente, a remoção parcial ou total de órgãos genitais femininos por razões culturais ou outras não terapêuticas, posto isto, a autora cita Johnsdotter e Essén (2010) para apontar que, à luz dessas mesmas leis, não seria em princípio possível admitir as cirurgias de cosmética genital (labioplastias, vaginoplastias, etc) O risco de discriminarmos entre genitais “europeus” e “africanos” ou de deixar que tal suceda ao sabor dos raciocínios e considerações ideológicas dos médicos que as executam ou não consoante o fâcias das clientes – será esta cliente uma vítima do patriarcado africano ou uma mulher adulta com direito a fazer escolhas sobre o seu corpo?
17	Andro, A., Camboi, E. & Lesclingan, M. (2014)	França	Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women.	Avaliar as consequências a longo prazo da MGF	Caso-controle, realizado em França, a amostra eram mulheres adultas submetidas a MGF e não submetidas a MGF.	Os resultados deste estudo confirmam a associação entre MGF e problemas de saúde, uma associação foi encontrada para infecções, dor intensa em geral e mal-estar prejudicial. A associação tornou-se significativa para autopercepção prejudicial de saúde e distúrbios do sono. A vida sexual permaneceu significativamente afetada pela MGF, tanto para a primeira relação sexual quanto para a vida sexual (mesmo após a primeira relação). As mulheres com MGF menos invasiva parecem ter um risco menor de hemorragia durante o parto em relação às formas mais invasivas de MGF identificadas. Os resultados reforçam a hipótese de que a prestação de cuidados correto de mulheres com MGF poderia diminuir os riscos de morbilidade materna segundo Brown et al., 2010; Essen et al., 2005; Zenner et al., 2013, citados pelo autor.

18	Ortensi, L. E. & Menonna, A. (2017)	Holanda	Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016-2030.	Projetar os fluxos de mulheres migrantes com mutilação genital feminina / corte em direção à Europa 2016-2030.	Foram utilizadas três categorias principais de fontes de dados: a estimativa do fluxo de entrada na UE de elementos do sexo feminino proveniente de países praticantes de circuncisão; a prevalência de MGF/C nos países praticantes; e a estrutura etária dos fluxos de migrantes nos últimos cinco anos da África, Iêmen, Iraque e Indonésia para a área da UE28	A estratégia para lidar com a MGF/C em um contexto não prático é dupla. O primeiro tipo de ações é direcionado aos cuidados de saúde concedidos às meninas e mulheres já submetidas ao MGF/C. O segundo tipo de ação visa a prevenção da prática em meninas de segunda geração e primeiras filhas migrantes não cortadas na faixa etária típica para o corte. Torna-se mais fácil lidar com poucas comunidades do que ter como alvo uma variedade de tradições e costumes de MGF/C. Prevê-se que o número de mulheres com MGF/C na Europa aumente bastante rápida, é essencial agir atempadamente, concebendo intervenções e políticas direcionadas a nível nacional e europeu para ajudar a reduzir as mulheres circuncisadas e proteger crianças. Torna-se importante a estratégia para planejar a alocação de recursos a médio prazo e envolver os profissionais de saúde para na formação e treino.
19	Johnsdotter, S. (2021)	Reino Unido	Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror.	Apresentar e discutir as histórias culturais do Corte da Genitália Feminina.	Revisão da literatura	As descrições históricas da circuncisão feminina na África estão entrelaçadas com noções de tempo e práticas de corte nos países ocidentais em diferentes épocas. Por exemplo, foram realizadas excisões no início de 1800 na Alemanha, França e Inglaterra. O cirurgião britânico Isaac Baker-Brown que se tornou sinônimo dessa prática no Ocidente. era um proeminente médico especializado em doenças femininas. Dr. Baker-Brown fez a observação de que muitos pacientes com epilepsia em sua clínica se masturbavam, ele concluiu que essa prática era a raiz do distúrbio, que resultava em crises (Sheehan 1997, citado por Johnsdotter, 2012). Curar vários distúrbios físicos e mentais com remédios dolorosos para a genitália feminina não era considerado controverso na época, Baker-Brown não estava sozinho em suas tentativas. Tem-se lidado com diversas perspectivas em relação ao Corte genital Feminino e, essas perspectivas são sempre produtos de contextos específicos e limitados no tempo. A condenação quase unânime da "MGF" africana no discurso público durante as últimas décadas levou a dificuldades em apresentar descrições etnográficas multifacetadas de experiências de circuncisão feminina.

20	Petitpas, E. & Nelles, J. (2015)	DESC.	The Istanbul Convention: new treaty, new tool.	Descrever as alterações que a Convenção de Istambul trouxe como nova ferramenta para garantir de forma mais eficaz a proteção dos requerentes de asilo em risco de perseguição baseada no gênero e em risco de MGF em particular.	Descritivo	Com sua entrada em vigor em 2014, a Convenção de Istambul obriga legalmente os Estados participantes a acelerar as medidas preventivas para proteger e apoiar mulheres e meninas afetadas pela MGF, ou aquelas em risco, e garantir investigações e processos eficazes e sensíveis às crianças. Essas obrigações incluem melhorias na área de procedimentos de determinação de refugiados para requerentes de asilo. Os pais que se opõem à MGF para suas filhas podem estar sob a alegação de opinião política. Ao implementar um processo de determinação de refugiados que respeite as sensibilidades culturais, assegure que mulheres e meninas não enfrentem mais estigmatização na chegada aos países de destino e garanta um ambiente de apoio que permite às mulheres divulgar informações relevantes.
21	Weny, K., Silva, R., Snow, R., Legesse, B., & Diop, N. (2020).	Estados Unidos da América	Towards the elimination of FGM by 2030: A statistical assessment.	Estimar o risco de MGF por ano de idade para todos os países com dados disponíveis e para áreas rurais e urbanas separadamente.	Análise de todas as Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e Pesquisas por Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) com um módulo sobre MGF incluindo informações sobre o status e idade na MGF. Esses dados foram agrupados em um conjunto de dados de 67 pesquisas domiciliares nacionalmente representativas de 24 países	Os dados disponíveis indicam que não houve progresso na redução do risco de MGF na Gâmbia, Guiné-Bissau, Mali e Guiné. Além disso, as áreas rurais e urbanas divergiram nas últimas duas décadas, com a MGF a diminuir mais rapidamente nas áreas urbanas. Com base nas tendências atuais, a meta de eliminar a MGF até 2030 está fora do alcance, o ritmo teria que ser acelerado para eliminar a MGF até 2030. O estudo demonstra que mulheres e meninas em áreas rurais foram expostas a um risco significativamente maior de MGF do que aquelas que vivem em áreas urbanas em todas as coortes de idade. De 1990 em diante, essa relação muda, com as meninas em áreas urbanas tendo menos risco de MGF em cada ano de vida, contudo na área rural no risco de MGF aumenta lentamente em todas as coortes de cinco anos. O Quênia e na Guiné-Bissau, particularmente, apresentam um risco menor de MGF ao longo da vida Reduções adicionais no risco de MGF só serão possíveis se as intervenções do programa puderem atingir subpopulações de meninas em comunidades remotas e difíceis de alcançar - e levanta questões adicionais sobre a natureza, viabilidade e escala dos programas de prevenção da MGF necessários para reduções adicionais.
22	Barrett, H. R., Brown, K.,	Inglaterra	Transforming social norms to end FGM	Obter dados sobre o desenvolvimento,	Desenvolvimento, testagem e avaliação da Abordagem REPLACE por meio de amplo	O Projeto REPLACE foi a primeira intervenção de pesquisa-ação destinada a combater a MGF na UE que empregou modelos de mudança de comportamento. As

	Alhassan, Y. & Leye, E. (2020).		in the EU: An evaluation of the REPLACE Approach.	implementação e avaliação da Abordagem.	envolvimento com oito comunidades da diáspora africana afetadas pela MGF em cinco países da UE.	abordagens de mudança de comportamento usadas pelo REPLACE compreendiam teorias comunitárias e individualistas. Abordagem REPLACE, visa combater a MGF em comunidades de migrantes na Europa. A abordagem enfatiza o papel que o contexto sociocultural mais amplo tem em influenciar os indivíduos a realizar a MGF. É baseado em intervenções de mudança de comportamento baseadas na comunidade que capacitam membros influentes da comunidade a desafiar as crenças e normas sociais que apoiam a prática da MGF. Este artigo apresenta os resultados de uma avaliação da Abordagem REPLACE, que foi realizada em comunidades migrantes africanas na Itália, Holanda, Portugal (comunidade da Guiné-Bissau), Espanha e a Reino Unido. Os resultados indicam que a Abordagem REPLACE tem o potencial, ao longo do tempo, de trazer mudanças nas normas e atitudes associadas à MGF, em particular combinando intervenções com a prontidão da comunidade local para acabar com a MGF. Quando um número suficiente de indivíduos desafia a norma social, um ponto crítico é alcançado e a norma social começa a enfraquecer e se transformar.
23	Koutaa, C., Kofou, E. & Kaili, C. (2020)	Chipre	United to end female genital mutilation: an online knowledge platform for professionals and public.	Discutir criticamente a necessidade de educação e conhecimento entre os profissionais, principalmente os profissionais de saúde, que estão em contato com mulheres e meninas que são afetadas por ou em risco de MGF.	Revisão da literatura sobre a MGF e a United to End Female Genital Mutilation (UEFGM) knowledge Platform.	A plataforma UEFGM é projetada como uma ferramenta prática para melhorar o conhecimento e as habilidades dos profissionais que provavelmente entrarão em contato com mulheres e meninas afetadas pela MGF. Faz parte de um projeto financiado pela EU e oferece seus serviços gratuitamente. A plataforma atua como um recurso multilíngue e uma ferramenta educacional que fornece informações facilmente acessíveis, culturalmente apropriadas e sensíveis ao gênero. Fornece uma vasta gama de informações sobre a MGF tanto para profissionais como para o público em geral. Profissionais treinados, podem aumentar a capacidade de prevenção e diminuir a “medicalização” da MGF. A plataforma foi avaliada pelos usuários online e por um avaliador externo independente. A maioria dos usuários/alunos (96%) concordou ou concordou fortemente que os conteúdos do curso ajudaram a entender claramente o assunto; 58% dos usuários avaliaram o curso como excelente, 41% como bom ou muito bom e 1% como regular ou mau.

APÊNDICE 5- ENTREVISTA

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA PREVENÇÃO DA MUTILAÇÃO
GENITAL FEMININA**

As entrevistas serão realizadas no âmbito do projeto de investigação incluído na Unidade Curricular Estágio com Relatório e têm como objetivos recolher contributos para: descrever o fenómeno da Mutilação Genital Feminina (MGF) na comunidade guineense residente em Portugal e de desenvolver um plano de intervenção preventivo da MGF na comunidade guineense em Portugal.

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Para si o que é o Corte Genital Feminino (CGF)?
2. Na sua opinião porque é feito o CGF?
3. O que pensa sobre o CGF?
4. Descreva algumas das consequências para as meninas sujeitas ao CGF
5. Se tem uma filha, acredita que seria benéfico submetê-la ao CG?
6. Se um familiar seu na Guiné-Bissau pedisse ajuda de algum modo, por exemplo financeiro, para realizar o CGF a uma menina, o que faria?
7. O que pode ser feito para eliminar o CGF?
8. O CGF está associado a uma crença, a valores, à cultura e tradição de algumas comunidades. De acordo com o seu entendimento o que deveria ser alterado no ritual associado ao CGF, para que não haja prejuízo para a saúde da mulher?

**APÊNDICE 6- QUESTIONÁRIO “INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
OBSTETRA NA PREVENÇÃO DO CORTE GENITAL FEMININO”**

Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção do Corte Genital Feminino

O Corte Genital Feminino (CGF) consiste na remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outra lesão dos órgãos genitais femininos por razões não médicas (OMS, 2020).

Segundo a OMS (2020) mais de 200 milhões de meninas e mulheres, no mundo, foram submetidas a esta prática. Até 2030, com base nas previsões de crescimento populacional, haverá 68 milhões de meninas e mulheres em risco de serem submetidas ao CGF.

Este estudo é realizado no âmbito académico, para obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O meu nome é Cristina Jaguité, estou a desenvolver um projeto de investigação que tem como objetivos descrever o fenómeno do CGF na comunidade guineense residente em Portugal e desenvolver um plano de intervenção preventivo da CGF, na comunidade guineense em Portugal.

A sua opinião sobre este tema é muito importante para mim, contribuirá para melhor compreender esta prática.

Este questionário é anónimo não carece de identificação e a participação é voluntária, não apresenta qualquer tipo de risco, custo ou incómodo para a (o) participante.

A informação recolhida destina-se unicamente a fins académicos e científicos.

Os dados serão codificados e tratados de forma coletiva.

Muito obrigada pela sua colaboração.

***Obrigatório**

1. Autorização de gravação e utilização dos dados fornecidos para fins académicos e científicos. *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Declaro que li e tomei conhecimento do objetivo desta investigação. Autorizo que os dados fornecidos através de entrevista, sejam gravados e utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos.

Dados socio demográficos

2. Idade *

3. Género *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino
☐ Masculino

4. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

☐ 4ºano escolaridade
☐ 9ºano escolaridade
☐ 12ºano escolaridade
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

5. Atividade profissional *

6. Qual é a sua Nacionalidade *

Marcar apenas uma oval.

☐ Portuguesa
☐ Guineense
☐ Outra

7. Se respondeu Outra nacionalidade diga qual

8. Qual é a nacionalidade dos seus pais? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Portuguesa
☐ Guineense
☐ Outra

9. Se respondeu Outra nacionalidade diga qual

10. Tem filhos do género feminino? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

11. Se respondeu sim, quantos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

Por favor, selecione a opção que lhe parece mais adequada em função da sua apreciação das seguintes questões:

12. O conceito comunidade tem diferentes sentidos e a definição na sociedade atual é diversa, pode ser usado para descrever desde aldeias, clubes, bairros, grupos étnicos e nações. Deste modo pode definir-se comunidade, de forma subjetiva, como um conjunto de pessoas que vivem num determinado território, que partilham uma herança cultural e histórica, partilham um sentimento de união e um sentido de pertença a uma determinada coletividade. Considera-se membro da comunidade Guineense? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

13. Justifique resumidamente a sua resposta

14. Conhece a lei portuguesa sobre a prática do Corte Genital Feminino? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

15. Conhece alguém que execute o Corte Genital Feminino em Portugal? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

16. Conhece alguma mulher/menina que tenha sido submetida ao corte genital *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não *Avançar para a secção 4 (Muito obrigada pela sua participação!)*
- ☐ Sim

17. Se respondeu SIM, assinale o vínculo que tem com essa mulher/menina

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Filha
- ☐ Parente próxima
- ☐ Amiga
- ☐ Conhecida
- ☐ Outro

18. Se respondeu Outro diga qual

Muito obrigada pela sua participação!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE 7- ANÁLISE DE CONTEÚDO

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Frequência
Definição	O que é?	E6- "MGF é circuncisão..." E5- "... excisão da genitália feminina..." E5- "... existem vários tipos..." E4- "... cultura e tradição ..." E3- "... crime quando é forçado..." E2- "... cultura." E1- "Remoção/corte genital..." E1- "... prática milenar..."	8
	Quem pratica?	E6- "É feito por famílias conservadoras..." E4- "... comunidade muçulmana ..." E3- "... comunidade muçulmana..." E2- "... comunidade guineense..."	4
Opinião	Não concordo	E6- "... não concordo..." E4- "... não deve ser realizado..." E3- "Não concordo com a prática..."	3
	Direitos humanos ou da mulher	E6- "... MGF é desumana..." E5- "É uma violação dos direitos humanos..." E5- "... violação da vontade da mulher..." E4- "... barbaridade..." E4- "... não se deve mutilar uma parte do corpo humano..." E1- "... contra a integridade física do ser humano..." E1- "... é matar a pessoa..."	7
	Violência contra a criança ou mulher	E5- "... oprimir a mulher..." E5- "...tirar o prazer sexual..."	8

Causas		E5- "... violação da vontade da mulher..." E5- "... forma de controlo por parte dos homens..." E5- "... mulher é vista como um objeto..." E5- "... a mulher é vista como menor..." E2- "... não traz nenhum benefício à mulher." E1- "... sociedade masculina concorda com esta prática..."	
	Outras opiniões	E6- "Não me sentiria bem em comemorar ou participar no ritual" E5- "... não é a forma de transição para a vida adulta." E4- "Nem sempre os pais concordam com a prática..." E2- "... mais comum do que devia ser..." E1- "MGF é uma das doenças da sociedade e deve ser tratada..." E1- "Os políticos receiam chegar nas aldeias e dizer que são contra a MGF para não perderem votos." E1- "Existe uma hipocrisia moral, dizem que não concordam, mas ajudam." E1- "MGF afeta todos..."	9
	Inaceitável/ Injustificável	E5- "... não é aceitável..." E4- "... os praticantes não sabem justificar..." E3- "... não existe benefício..." E1- "... na mulher não tem justificação."	4
	Casamento	E6- "... preparar para o casamento." E5- "... preparar para o casamento..." E4- "... garantia de casamento..." E1- "... se a mulher não for circuncisada não pode cozinhar para ele durante o Ramadão."	4
	Pressão/ integração na comunidade	E5- "... integrar a mulher na comunidade..." E4- "... chantageadas para se submeterem à prática..." E4- "... pressão da comunidade."	9

	E3- "... pressão da comunidade..." E3- "... pressão social..." E3- "... porque outras meninas também foram..." E1- "... os mais velhos nas aldeias insistem e ninguém tem coragem de os enfrentar, principalmente nas aldeias." E1- "... rivalidade tanto entre os meninos e as meninas que queriam se submeter a circuncisão..." E1- "... receio de serem renegadas..."	
Perpetuação da tradição	E5- "... manutenção da prática no seio da família..." E2- "... antepassados fizeram..." E2- "... pais e avós fizeram..." E2- "... manter a prática..."	4
Ritual de passagem	E5- "... deixar de ser criança..."	1
Falta de denuncia	E4- "... poucas as denuncia..." E1- "... lei, não se coloca em prática..."	2
Honra da família	E5- "... manutenção da prática no seio da família..." E4- "... porque passa de geração em geração..." E4- "... respeitar a vontade dos pais..." E4- "... motivo de orgulho..." E4- "... convicção dos pais..." E2- "... pais e avós fizeram..."	6
Tradição/ Religião/ Cultura	E5- "... tradição..." E4- "... tradição..."- 2x E3- "... culturais..."- 2x E3- "... religiosas..." E2- "... cultural..."	10

		E1- "... cultural..."- 2x E1- "... tradição..."	
Consequências	Não sabe	E2- "... não conheço outra complicação."	1
	Infeção	E6- "... infeções..." E5- "Riscos de infeção por HIV..." E4- "... infeção..."	3
	Desejo sexual	E2- "Diminuição do desejo sexual," E2- "... perde desejo sexual." E1- "Tirar o prazer de sentir algo..." E1- "... não tem sensibilidade durante as relações sexuais" E1- "... tira o prazer no sexual..."	5
	Outros problemas de saúde	E5- tétano E5- "... dificuldade no parto e durante o período menstrual..." E5- "... provoca dor para o resto da vida..." E5- "...tem impacto psicológico." E4- "Há doenças que podem manifestar-se posteriormente e não são associadas à prática da MGF."	5
Submissão da filha à MG		E6, E5, E4, E3, E2 e E1- "Não submeteria a minha filha."	6
Apoio à prática da MGF		E6- "Não me sentiria bem em comemorar ou participar no ritual..." E4- "Não apoiaria a realização de MGF..." E3- "Não apoio." E2- "Não ajudaria." E1- "A família nunca me pediria esse apoio porque já conhecem a minha posição..."	5
Estratégias para eliminar a MGF		Sensibilização E5- "... sensibilizar para não realizar..." E5- "... envolver os familiares mais velhos..."	10

		E5- "... os mais novos devem tentar sensibilizar os mais velhos..." E4- "... convencer as crianças a não se submeterem à prática..." E1- "As pessoas com conhecimentos sobre a temática, podem chegar aos representantes das comunidades e convencê-los com os argumentos certos ..." E1- "... sensibilizados, mas com a postura correta, sem arrogância." E1- "Toda a sociedade guineense tem que ser incluída, os homens mais velhos das aldeias (chamados de régulos), médicos, enfermeiros e todos os especialistas na área..." E1- "Ressaltar o que é bom para que a mudança seja mais facilmente aceite." E1- "... sensibilização têm de ser no terreno..." E1- "... porta em porta..."	
	Organizações de apoio	E5- "... associações de apoio à mulher..." E1- "... comissão para trabalhar a temática..."	2
	Debates e esclarecimento de dúvidas	E5- "... haver mais conversas sobre este assunto..." E5- "... esclarecer as dúvidas..." E1- "O tema deve ser debatido..."	3
	Punição	E4- "punir a prática..." E3- "Aplicar a lei contra os pais..." E1- "Não há denuncia por receio de represálias por parte dos mais velhos."	3
	Outras estratégias	E4- "... criar um incentivo contrário..." E4- "... ser recompensada..." E1- "... cultura deve adaptar-se no tempo, evoluir e desenvolver" E1- "A sociedade tem de amadurecer..."	4
Tradição sem o corte	Não é possível	E6- "Seria complicado mudar a prática da MGF..." E6- "... está enraizado na cultura, difícil mudar a mentalidade, por ser como se estivéssemos a acabar com uma cultura..." E4- "Algumas famílias não aceitavam tão bem e os pais não consideram válido." E2- "Não acredito em outra estratégia..."	6

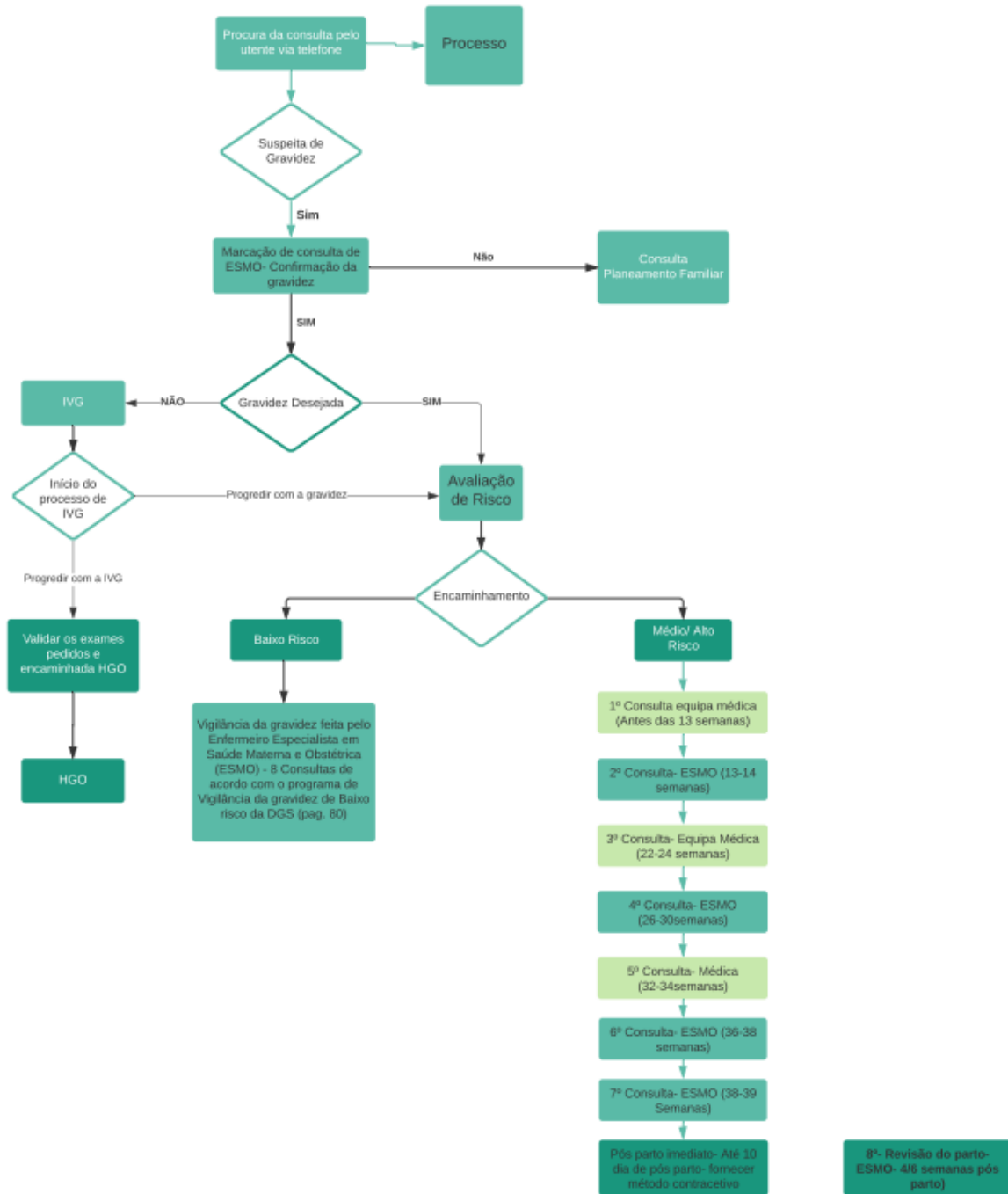
		E2- "... o objetivo é mesmo o corte da genitália feminina." E2- "Se a pessoa está integrada na comunidade é difícil intervir..."	
	É possível	E4- "... associação na guiné que implementou um projeto que mantinha o ritual, mas sem executar a mutilação..." E3- "Pode ser mantido os ensinamentos, explicar o certo e o errado." E3- "A cultura mantém-se e são feitos os ensinamentos..." E1- "... as práticas nefastas devem ser tornadas simbólicas..." E1- "É difícil, mas não é impossível..." E1- "Salientar a parte boa que é a tradição, mas que o corte não pode ser mantido."	6
Realização da MGF	Higiene	E6- "... origem dos materiais é duvidoso e não são esterilizados..." E5- "Existe falta de cuidados durante a execução da MGF..." E4- "... mesmo utensílio ..." E4- "... falta de higiene do material..." E1- "... com a mesma faca cortam 5/6 meninas ao mesmo tempo..." E1- "... sem condições de higiene."	6
	Contexto	E6- "... feito em más condições..." E6- "... condições precárias..." E6- "... locais com falta de higiene, ..." E4- "... feito em grupo, juntando as crianças do bairro/cidade..." E4- "... continuam a fazer, mas às escondidas..." E4- "... algumas meninas pediam para também serem mutiladas, ..." E1- "... realizada em segredo..." E1- "... nesse grupo, morreram 3 meninas."	8
Circuncisão masculina		E6- "Compreendo a circuncisão masculina, ..." E2- "... circuncisão masculina tem benefícios na prevenção de doenças." E1- "Na circuncisão masculina, o pai meu perguntou, o que vais lá fazer, para porque vais ser circuncisado?"	4

	E1- "... circuncisão masculina justifica-se com a questão da higiene..."	
Consentimento	E5- "... se for da sua vontade, poderá ser aceite ..." E5- "Mas se for por vontade da mulher, talvez fosse aceite a realização em meio hospitalar." E5- "... se fosse da sua vontade, ajudaria, e deixaria claro que sou contra esta prática, mas ajudaria." E3- "... se houver consentimento é aceitável."	4

APÊNDICE 8- FLUXOGRAMA DE DECISÃO DA SAÚDE MATERNA- ESBOÇO

Fluxograma De Decisão da Saúde Materna

claudia marina da silva guemireiro | January 7, 2022



APÊNDICE 9- APRESENTAÇÃO: DESCONFORTOS DO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

DESCONFORTOS NO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ



12º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia

Unidade Curricular: Estágio com Relatório | Ano letivo 2021/2022 | 2º Ano |
Ensino Clínico- Cuidados de Saúde Primários

DESCONFORTOS NO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

Trabalho realizado por: Enfermeira Cristina Jagabo nº10429
Supervisionado por: Enfermeira Especialista ESMO Isabel Oliveira
Orientadora de Estágio: Enfermeira Especialista ESMO Cláudia Guerreiro
Docente Orientadora: Profª Doutora Maria João Freitas



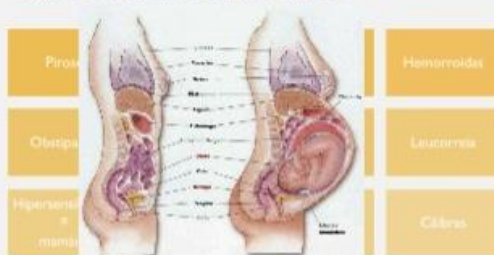
SUMÁRIO

- ✓ Períodos de gestação
- ✓ Tipos de desconfortos
- ✓ Estratégias de alívio
- ✓ Sexualidade
- ✓ Cheque dentista
- ✓ Vacinas
- ✓ Consulta peri-parto

PERÍODOS DE GESTAÇÃO



TIPOS DE DESCONFORTOS



PIROSE

É geralmente causado pelo refluxo do conteúdo ácido que existe no estômago para a porção inferior do esôfago. A pressão intra-abdominal exercida pelo útero grávido associada ao esvaziamento gástrico mais lento que o habitual, associado, por sua vez, à diminuição do tônus do cárdia, é responsável por este desconforto.

Medidas que proporcionam alívio:

- Permanecer sentada pelo menos 30 minutos após as refeições;
- Regime alimentar polifracionado;
- Mastigar bem os alimentos, devagar e em ambiente tranquilo;
- Consumir os alimentos de forma simples (preferencialmente cozidos e gelados), evitando alimentos ricos em gorduras, pimenta e irritantes de mucosa gástrica;
- Evitar tabaco e álcool;
- Evitar posturas forçadas;
- Ingerir de uma bolacha 30 min-1 h antes de se levantar.



LOMBALGIAS

O aparecimento de lombálgia resulta da lordose exagerada, provocada pela sobrecarga das músculos lombares. O crescimento do útero leva ao aumento da curvatura da coluna, dando-se o deslocamento do seu centro de gravidade.

Medidas que proporcionam alívio:

- Fazer períodos de repouso;
- Evitar longos períodos em pé;
- Manter uma postura correta;
- Usar sapatos confortáveis (alto baixo com cerca de 3 cm);
- Utilizar cinta de grávida com faixa de sustentação;
- Quando se baixar fazer flexão das pernas e não da região lombar;
- Sempre que necessário, utilizar almofadas suplementares quando está sentada ou a dormir (apoiar de braços e da região lombar).



EDEMA E VARIZES

As varizes frequentemente resultam de predisposição genética, normalmente agravam durante a gravidez devido ao aumento da pressão venosa abaixo do diafragma, à compressão dos vasos pélvicos pelo útero grávido e à diminuição da pressão oncótica do plasma. Por norma localizam-se nos membros inferiores, podendo também atingir a vulva e a parede vaginal, onde são particularmente incômodas.

No decorrer da gravidez, quando ocorre retenção hídrica no espaço intersticial, pode surgir edema, habitualmente vesperino e limitado aos membros inferiores.



Medidas que proporcionam alívio:

- Evitar permanecer de pé ou sentada por longos períodos;
- Usar roupa não apertada e de algodão;
- Utilizar meias de descanso com compressão de 70, contudo se sentir dificuldade poderá optar por umas de compressão 40;
- Alternar períodos de descanso e exercício (marcha moderada);
- Nos períodos de repouso permanecer com as pernas elevadas;
- Massagem suave e duche com água fria.

HEMORROIDAS

As varicosidades das veias hemorroidárias podem surgir pela primeira vez ou serem exacerbadas durante a gravidez devido à compressão que o útero gravídico exerce, aumentando a pressão venosa no plexo hemorroidário.



Medidas que proporcionam alívio:

- Evitar a obstipação;
- Prática de exercício físico regular;
- Aplicação de gelo no local;
- Fazer banhos de assento com água morna.

OBSTIPAÇÃO

Durante a gravidez a progesterona atua sobre a musculatura lisa, provocando a diminuição da atividade peristáltica. A alteração do metabolismo dos carboidratos e da gordura, a compressão efetiva do intestino devido ao crescimento do útero, a ingestão insuficiente de líquidos, uso de suplemento de ferro, dieta pobre em fibras e o sedentarismo, têm como consequência frequentemente a obstipação.

Medidas que proporcionam alívio:

- Praticar exercício físico regularmente;
- Fazer reforço hídrico oral adequado (1,5 a 2 litros/dia);
- Ter uma dieta rica em fibras, aumentando a ingestão de vegetais, frutas e cereais;
- Estabelecer horários de rotina para evacuar;
- Caso seja necessário, iniciar a toma de agentes emolientes.

DISPNEIA

O aumento contínuo do útero comprime o diafragma para cima, reduzindo a capacidade respiratória da grávida, tornando-a mais diafragmática do que abdominal. Ao mesmo tempo, os níveis de progesterona circulante são altos provocando hiperventilação e consequentemente dispneia.

Medidas que proporcionam alívio:

- Manter postura correta;
- Sempre que necessário, utilizar almofadas suplementares quando está sentada ou a dormir;
- Evitar espaços fechados e com muita gente;
- Caminhar ao ar livre;
- Evitar esforços físicos violentos.

EMERGÊNCIA URINÁRIA

Devido ao relaxamento dos músculos pélvicos e ao peso de um útero grávido, a mulher pode apresentar queixas de emergência urinária, sendo mesmo frequente a ocorrência de perdas de urina.

Medidas que proporcionam alívio:

- Urinar com frequência;
- Fazer exercícios de reforço muscular pélvico (exercícios de Kegel), 5 a 10 vezes por dia (quando está sentada, a conduzir, a andar e ver televisão);
- A evitar consumir bebidas com cafeína que estimulam a micção;
- A investir na ingestão de líquidos durante o dia, reduzindo o seu consumo no final do mesmo.



LEUCORREIA

A leucorreia é frequente durante a gravidez devido à descamação da parede vaginal, aumento da vascularização e alterações hormonais normais nesta fase. Tendo um aspeto branco e leitoso que não provoca irritação, deverá ser excluída a etiologia infecciosa.

Medidas que proporcionam alívio:

- Higiene genital cuidada, com lavagem com água corrente, utilizando um sabão neutro;
- Limpeza dos genitais sempre de frente para trás;
- Evitar o uso de penso diário;
- Aconselhar o uso de roupa interior de algodão.

HIPERSENSIBILIDADE MAMÁRIA

Devido às alterações hormonais, especialmente o aumento dos estrogénios no final da gravidez provocando o crescimento ductal, a progesterona responsável pela hipertrofia alveolar, o aumento da sensibilidade mamária é muito frequente no final da gravidez.

Medidas que proporcionam alívio:

- Usar soutien apropriado que apoie corretamente as mamas sem as comprimir em demasia;
- Usar roupa confortável;
- Aplicar diariamente um creme hidratante;
- Se apresentar prurido associado, evitar friccionar ou esfregar a pele usando as unhas ou algum objeto;
- Se constatar a presença de colostro, usar discos de proteção, tendo o cuidado de manter a pele seca e íntegra, substituindo-os frequentemente.



PRURIDO

Devido às alterações hormonais, ao aumento de peso/dilatação da pele e a alterações fisiológicas do foro dermatológico no final da gravidez, surgem com frequência queixas de prurido. Ele pode ocorrer em várias partes do corpo da grávida: pernas (por vezes concomitante com edemas e varizes), abdômen (com a dilatação da pele e, por vezes, com a formação de estrias), mamas e outras.

Medidas que proporcionam alívio:

- Fazer higiene, preferencialmente com água stípida e usando produtos de higiene neutros;
- Secar a pele suavemente com toalha macia e sem a friccionar;
- Usar diariamente creme hidratante;
- Manter as unhas curtas e limpas;
- Evitar friccionar ou esfregar a pele usando as unhas ou algum objeto;
- Usar roupa de algodão adequada.

INSÓNIAS/SONOLÊNCIA

As alterações do padrão de sono também são frequentes, não só pelo facto de os movimentos fetais serem mais fortes, mas também pela presença de desconfortos físicos, o aumento do volume abdominal que dificulta a sua mobilização e o cumprimento das suas tarefas do dia a dia.

Medidas que promovem o sono adequado

- Evitar condutas activas por períodos longos ou em momentos de sonolência ou cansaço; manter o ambiente adequado para o sono (temperatura, humidade e som).
- Evitar refeições copiosas antes de dormir e evitar a ingestão de alimentos ricos em cafeína e açúcar.
- Procurar dormir por períodos curtos e frequentes de sonolência.
- Evitar o uso de banhos de água quente (tomando-se banho antes de dormir).
- Evitar mudanças bruscas de temperatura, especialmente para evitar resfriados e gripes.
- Usar o recurso à lactação antes de dormir (segundo as preferências individuais na gravidez).
- Procurar estabelecer a rotina adequada de sono, de modo a facilitar o cansaço.
- Esclarecer todas as suas dúvidas e receios de forma a diminuir a ansiedade.
- Evitar o consumo de bebidas estimulantes (com tina ou café).

CÃIBRAS

As câibras são mais frequentes nos membros inferiores, o aumento de peso do útero e a dificuldade acrescida no retorno sanguíneo parecem potenciar este desconforto, devido à alterações do equilíbrio do cálcio/fosforo, originam alterações no potencial de ação das células musculares que necessitam destes íons para manter o seu normal funcionamento.

Medidas que proporcionam alívio

- Fazer dorsoflexão do pé, no momento da câibra;
- Aplicar calor húmido na zona afetada (duche ou toalha morna);
- Evitar o uso de vestuário apertado;
- Praticar exercício físico moderado;
- Dar preferência a alimentos ricos em cálcio e magnésio;
- Manter uma hidratação oral adequada.

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

A sexualidade na gestação é influenciada por diversos fatores psicológicos, fisiológicos e socioculturais, existindo ainda algumas crenças e tabus que podem impedir o casal de exercerem sua sexualidade durante o período da gestação, contudo a atividade sexual pode auxiliar o casal no alívio da tensão e da ansiedade por meio da satisfação e do prazer mútuo.

O terceiro trimestre de gestação pode ser marcado por uma diminuição na atividade sexual, devido a fatores orgânicos relacionados ao tamanho aumentado do abdômen da gestante, que provoca desconforto no ato sexual e à ansiedade em relação ao parto.

A gravidez é uma fase de transição que necessariamente exige equilíbrios e adaptação dos envolvidos é, também, momento propício para uma nova integração da sexualidade.

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Estratégias adaptativas que podem melhorar de forma muito significativa a vivência sexual da grávida e do seu companheiro:

- utilizar um lubrificante quando existe dispareunia;
- recorrer a almofadas por baixo da zona pélvica;
- procurar novas e mais confortáveis posições sexuais.

Contraindicações do coito na gravidez

São raras as contra-indicações e riscos médicos do coito durante a gravidez, mas os casos de hemorragia vaginal e placenta prévia, podem gerar discussão.

APÊNDICE 10- PANFLETO: DESCONFORTOS DO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

Edemas (inchaço) e varizes

- Utilizar meias de descanso com compressão;
- Massagem suave e duche com água fria.

Insónia

- Dormir num ambiente calmo e relaxante, com pouca luz e som;
- Procurar uma posição confortável
- Evitar deitar-se logo após as refeições;
- Evitar dormir durante o dia por períodos superiores a 10 minutos;
- Evitar o consumo de bebidas estimulantes (com teína ou cafeína);
- Beber uma bebida quente antes de dormir, tomar um banho de água morna ou recorrer à leitura antes de dormir (atendendo ao efeito individual na grávida);
- Esclarecer todas as suas dúvidas e receios de forma a diminuir a ansiedade.

Sonolência acentuada

- Evitar conduzir sozinha por períodos longos ou em momentos de sonolência ou cansaço;
- Evitar trabalhar com máquinas que coloquem em risco a sua integridade física;
- Durante o dia, caso não tenha insónia noturna, fazer pequenos períodos de repouso;
- Solicitar a colaboração do companheiro nas atividades de vida diária, de modo a diminuir o cansaço.

Sexualidade

São raras as contraindicações e riscos médicos do coito durante a gravidez, mas em casos de hemorragia vaginal e placenta prévia, pode não ser recomendado.

- Utilizar um lubrificante quando existe dor durante o coito;
- Recorrer a almofadas por baixo da zona pélvica;
- Procurar novas e mais confortáveis posições sexuais.



"A gravidez representa um importante desafio adaptativo e cada mulher/casal reage de modo único. Esta traz repercussões na vida dos homens e mulheres, e podemos considerar uma altura propícia para rever hábitos de vida, informar e aconselhar, influenciar decisões de modo a promover estilos de vida que potenciem a saúde da tríade (mãe, pai e bebé)." (Marchão e Soares, 2016)

Bibliografia:

*Marchão, J. e Soares, J. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da gestante e recém-nascido. In: Figueira, M., Marques, R. e Batista, P.A. (Coord.). (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

*Figueira, M., Marques, R. e Batista, P.A. (Coord.). (2016). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

*Gross, L. (2017). Saúde Materna e Neonatal (3ª edição). Lisboa: Lidel.

*Wu, H., Sun, W., Chen, H., Wu, Y., Ding, W., Jiang, S., Huang, X., Chen, H., Zeng, Q., Li, Z., Xiong, P., Huang, J., Williams, B., Sheng, C., P. & Peng, W. S. (2015). Health-related quality of life in different trimesters during pregnancy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12932-021-01881-y>.

*Gómez, J. S., Jordano, A., Cortés, R. & Pérez, T. R. (2018). *Atendimentos Das Mulheres Durante O Período Gestacional*. Lima: Revista De Literatura, 21(3), 104-109.



Desconfortos no 3º trimestre de gravidez- Estratégias de alívio



12ºCurso de Mestrado Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Trabalho realizado pela Mestranda Cristina Jaguete

Supervisionado pela Enfermeira Especialista ESMO Isabel Oliveira

Comportamentos para alívio dos desconfortos em geral:

- Manter uma postura correta; em todas as atividades de vida diária
- Praticar atividade física moderada de forma regular (30m. caminhada diária);
- Evitar permanecer de pé ou sentada por longos períodos;
- Nos períodos de repouso permanecer com as pernas elevadas;
- Sempre que necessário, utilizar almofadas suplementares para apoiar os braços e a região lombar quando está sentada ou a dormir;
- Ingerir entre 1,5l a 2l de água por dia;
- Alimentação polifracionada (várias vezes ao longo do dia e em pequenas quantidades).
- Usar roupa de algodão adequada confortável e não apertada;
- Não consumir tabaco, álcool ou outras substâncias que causem dependência.



Dispneia (dificuldade em respirar)

- Evitar espaços fechados e com muita gente;
- Caminhar ao ar livre;
- Evitar esforços físicos violentos.

Pirose (Sensação de ardor na porção inferior do esôfago devido ao refluxo do ácido que existe no estômago)

- Permanecer sentada pelo menos 30 min após as refeições;
- Mastigar bem os alimentos, devagar e em ambiente tranquilo;
- Confeccionar os alimentos de forma simples (preferencialmente cozidos e grelhados), evitando alimentos ricos em gordura e picantes.

Lombalgias (dor nas costas)

- Fazer períodos de repouso;
- Usar sapatos confortáveis (salto baixo com cerca de 3 cm);
- Quando se baixar, fazer flexão das pernas e não da região lombar.

Prurido (comichão)

- Fazer higiene, preferencialmente com água tépida e usando produtos de higiene neutros;
- Secar a pele suavemente com toalha macia e sem a friccionar;
- Usar diariamente creme hidratante;
- Manter as unhas curtas e limpas, evitar friccionar ou esfregar a pele usando as unhas ou algum objeto.

Hemorroidas

- Evitar a obstipação;
- Aplicação de gelo no local;
- Fazer banhos de assento com água morna.

Obstipação

- Ter uma dieta rica em fibras, aumentando a ingestão de vegetais, frutas, cereais e água;
- Estabelecer horários de rotina para evacuar;
- Caso seja necessário, iniciar a toma de laxantes emolientes.

Emergência Urinária

- Urinar com frequência;
- Fazer exercícios de reforço muscular pélvico (exercícios de Kegel);
- A evitar consumir bebidas com cafeína que estimulam a micção;
- A investir na ingestão de líquidos durante o dia, reduzindo o seu consumo no final do mesmo.

Leucorreia (exsudado vaginal de cor branca)

- Higiene genital cuidada, com lavagem com água corrente, utilizando um sabão neutro;
- Limpeza dos genitais sempre de frente para trás;
- Evitar o uso de penso diário;
- Usar de roupa interior de algodão.

Cãibras

- Fazer dorsoflexão do pé, no momento da câibra;
- Aplicar calor húmido na zona afetada (duche ou toalha morna);
- Dar preferência a alimentos ricos em cálcio e magnésio.

**APÊNDICE 11- CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RN/FAMÍLIA
HOSPITALIZADO NUMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

O estágio no contexto clínico de Neonatologia, foi realizado nas Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

Este estágio tinha como objetivo observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia e perspetivar e articular a prestação de cuidados em contexto neonatal com outros contextos de prática clínica, numa lógica de cuidados antecipatórios.

A palavra Neonato é sinonima de recém-nascido (RN), tem origem do grego néos (novo) e do latim natu (nascido) (Porto editora, 2022). A definição de RN pode ser em função da idade gestacional, sendo RN Pré-termo quando o nascimento ocorrer com idade gestacional inferior a 37 semanas completas, Termo quando a idade gestacional está compreendida entre 37 e 41 semanas + 6 dias e Pós-termo quando a idade gestacional é de 42 semanas completas ou mais (Queiró & Santos, 2019).

Pode ser definido em função do peso ao nascer, sendo um RN de Baixo Peso quando o peso ao nascer é inferior 2500g, Muito Baixo Peso quando o peso ao nascer é inferior a 1500g, Extremo Baixo Peso, se o peso ao nascer for inferior a 1000g e se o peso ao nascer for superior a 4000g estamos perante um RN Macrossómico (Queiró & Santos, 2019).

O RN pode ainda ser definido pela relação entre o peso e a idade gestacional, sendo Leves para a idade gestacional (LIG) o RN cujo peso se encontra abaixo do percentil 10 para a respetiva idade gestacional, numa curva representativa da população. Adequados para a idade gestacional (AIG) o RN cujo peso se encontra entre o percentil 10 e 90 para a respetiva idade gestacional e Grandes para a idade gestacional (GIG) o RN cujo peso esteja acima do percentil 90 para a respetiva idade gestacional, numa curva representativa da população (Queiró & Santos, 2019).

Queiró e Santos, 2019 referem que estas definições não são consensuais. Existindo alguns autores que por exemplo, relativamente aos RN Leves para a idade gestacional consideram como valores de corte, o percentil 5, o percentil 3, ou dois desvios padrão abaixo da média.

Durante a semana de estágio, estive 2 turnos nos cuidados intensivos neonatais, e nessa unidade havia 5 RN pré-termo internados (lotação da unidade), gémeos e trigémeos com idades gestacionais ao nascer entre as 28 e as 32 semanas.

Segundo Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2017), a redução da fecundidade e da natalidade, na segunda metade do século XX, associado à maternidade mais tardia e o desenvolvimento de técnicas de reprodução assistida, condicionaram o aumento do número de gestações múltiplas.

A partilha da placenta nas gestações monocoriónicas é uma das principais condicionantes de risco acrescido para os fetos na gravidez gemelar, pelo risco de ocorrer transfusão feto-fetal (um dos gémeos recebe mais sangue da placenta do que o outro), morte fetal de um dos gémeos e a prematuridade (SPN, 2017). A idade média de termo espontâneo das gestações bigemelares naturais está entre as 35 a 37 semanas, sendo de 33 semanas nas gestações trigemelares. A SPN (2017) refere que segundo a evidência, a prematuridade está relacionada com o termo antecipado da gestação por provável causa mecânica.

O EEESMO nos cuidados que presta à mulher grávida e ao feto deve ter em consideração que terá influência na adaptação do RN à vida extrauterina. Uma colheita de dados correta e completa é crucial para os cuidados imediatos ao RN. O EEESMO deve detetar fatores de risco, malformações congénitas macroscópicas e avaliar o estado geral do RN durante a primeira avaliação. Assegurar a avaliação imediata do RN e implementar medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina fazem parte das competências do EEESMO segundo o Regulamento n.º 391/2019.

A avaliação inicial do neonato deve conter os antecedentes maternos e familiares e a história obstétrica.

Os antecedentes maternos e familiares são dados colhidos durante a vigilância da gravidez. Numa gravidez de baixo risco, o EEESMO deve registar no Boletim de Saúde da Grávida a idade da mãe, índice Obstétrico, grupo de sangue, patologias maternas e fármacos que podem afetar o feto ou ser responsáveis por complicações pós-natais (hipertensão arterial, diabetes, infeção urinária, trombocitopenia, etc.) Os antecedentes familiares relevantes também devem ser registados (Queiró e Santos, 2019).

O ambiente social (nível socioeconómico, mãe adolescente, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, critérios de elegibilidade para BCG, etc.), história obstétrica (vigilância da gravidez) e exames laboratoriais (grupo de sangue e Rh, teste de Coombs, administração de imunoglobulina anti-D; serologias seriadas ao longo dos 3 trimestres; uroculturas; rastreio do Streptococcus do grupo B), complicações obstétricas e o bem-estar fetal

(Queiró & Santos, 2019), são itens avaliados pelo EEESMO durante a gestação. Quando a mulher dá entrada no Serviço de Urgências de Ginecologia e Obstetrícia, o EEESMO deve confirmar a existência destes dados, caso existam itens que não tenham sido avaliados ou registados deve procurar completá-los (ex.: as análises laboratoriais que não estejam completos, deve ser realizada a colheita de análises) para que possa prestar os melhores cuidados não só à díade mulher/feto, mas também ao RN.

É competência do EEESMO assegurar a reanimação do RN em situação de emergência, cooperar com outros profissionais no tratamento do RN com alterações morfológicas e funcionais, identificar alterações morfológicas e funcionais do RN e referenciar as que estão para além da sua área de atuação (Regulamento n.º 391/2019).

Na unidade onde realizei o estágio, os cuidados de enfermagem prestados ao RN eram baseados no modelo de Cuidado de Desenvolvimento Integrativo Neonatal. Esta unidade era constituída essencialmente por enfermeiros Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e enfermeiros de cuidados gerais que cumpriam um programa integração no serviço para prestarem cuidados de nível proficiente/ perito.

Segundo Milette et al. (2017), com base na Teoria Sinativa de Als et al., 1994, o cuidado neuroprotetor visa prevenir as consequências a longo prazo associadas ao ambiente físico, promovendo a organização e o desenvolvimento neurológico ótimos do RN prematuro na UCIN, além de integrar os pais como parceiros de cuidado. Os cuidados neuroprotetores incluem várias estratégias, como cuidados de desenvolvimento centrados na família, que promovem o desenvolvimento normal e previnem deficiências.

As sete principais medidas neuroprotetoras são o Ambiente de Cura, Parceria com Famílias, Posicionamento e Manuseio, Proteção do Sono, Minimização do Stresse e Dor, Proteção da Pele e Otimização da Nutrição, sendo a medida central o Ambiente de Cura que destaca a importância do sistema sensorial em desenvolvimento, bem como o ambiente físico em que o neonato vive (Altimier et al., 2015).

Segundo Altimier et al., (2015) a implementação de cuidados neuroproterores conduziu a melhorias de resultados de saúde, em relação ao tempo de internamento e custos hospitalares.

Para que a implementação de cuidados neuroprotetores do desenvolvimento seja bem-sucedida, toda a equipa da UCIN deve ter o conhecimento e as habilidades para implementar efetivamente esses cuidados e deve haver cooperação e colaboração entre

todos os profissionais de saúde, pessoal auxiliar e de apoio, deve igualmente haver um suporte organizacional adicional e de toda a equipe de liderança (Altimier et al., 2015).

Neste meu percurso foi possível observar a dinâmica e as rotinas da unidade de neonatologia, constatei que todos os profissionais estavam sensibilizados para o cumprimento das sete Medidas Neuroprotetoras Básicas para Cuidado de Desenvolvimento Centrado na Família.

A promoção da amamentação é um dos objetivos da equipa de saúde, pelos inúmeros benefícios para o bebé, nomeadamente o fornecimento de nutrientes importantes, proteção contra as infeções e promove o estabelecimento de laços afetivos com a mãe. O leite materno pode ser retirado com a ajuda de uma bomba e guardado no frigorífico, para ser usado quando a mãe não está presente ou quando a situação clínica do bebé não o permite (SPN, 2017).

Nesta unidade de neonatologia, as mães são incentivadas a manter o aleitamento materno. É realizada educação para a saúde sobre o modo de extração, armazenamento e transporte do leite materno e a equipa de assistentes operacionais fornecem o kit de recolha de leite à mãe.

As mães destes RN são resilientes, estão recetivos a novos aprendizados para entregar os melhores cuidados ao seu filho. Segundo Murdaugh et al, 2019, os sentimentos envolvidos durante a atividade, provavelmente determinará se o indivíduo repetirá o comportamento ou manterá o comportamento a longo prazo. Comportamentos associados ao afeto positivo provavelmente serão repetidos, enquanto aqueles associados ao afeto negativo provavelmente serão evitados. Quando os resultados dos esforços das mães são positivos, mostram-se mais recetivas mantê-los, as mães sentiam-se motivadas a extrair leite para os seus filhos.

Tive oportunidade de presenciar o “Circuito do Leite Materno”, desde a receção até à administração do leite ao RN. O Circuito do Leite Materno é da responsabilidade da Equipa de Enfermagem que forma a equipa de assistentes operacionais para tratamento do leite materno.

O processo de armazenamento, descongelamento, preparação das doses individuais, fracionamento das refeições e aquecimento é realizado pela equipa de assistentes operacionais com supervisão do enfermeiro especialista. É o Enfermeiro Especialista que administra o leite ao RN ou os pais com apoio deste.

Foi bastante interessante ver o modo como o leite materno é valorizado e a percepção das mães de que o seu leite é terapêutico é basilar para o desenvolvimento saudável do seu bebé.

O apoio nutricional ao desenvolvimento de um sistema digestivo imaturo deve merecer uma atenção especial nos cuidados ao RN. Valorizando o efeito protetor do leite materno, as mães de prematuros muito pequenos com longas estadias no hospital, merecem redobrada atenção devendo ser apoiadas no processo de amamentação. O leite materno irá adaptar-se progressivamente às necessidades do bebé de modo que, chegado o dia da alta, não haja problemas no que se refere ao aumento de peso e tranquilidade dos pais (SPN, 2017).

Nesta matéria, o EEESMO pode ser um elemento de apoio à Equipa de Enfermagem da neonatologia uma vez que tem competências para promover o aleitamento materno.

Sendo um estágio de observação/colaboração, penso ter conseguido atingir os objetivos delineados inicialmente, consegui observar prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia colaborando nos cuidados com supervisão da orientadora. Consegui perspetivar e articular a prestação de cuidados em contexto neonatal com outros contextos de prática clínica.

Com este estágio na UCIN sinto-me mais capaz de explicar e informar os pais sobre cuidados neonatais quando existe necessidade de transferência do RN para a UCIN, quando existe o risco de parto pré-termo ou diagnóstico de patologia fetal, começando a preparar os pais para essa realidade, ajudando o casal a lidar com os sentimentos e preocupações.

Este estágio foi enriquecedor profissionalmente e pessoalmente, foi possível conhecer o trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem desta unidade. O modo como os RN são tratados e a forma como as famílias foram integradas, senti que realmente os familiares eram elementos da equipa de cuidados, a sua presença era respeitada e bastante valorizada.

APÊNDICE 12- GUIA PRÁTICO DE CONSULTA RÁPIDA

Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina

Guia Prático de Consulta Rápida

A MGF é uma prática nefasta que vai contra os direitos humanos, da mulher, da criança, sexuais, entre outros direitos. A OMS coloca Portugal entre os países em risco no que diz respeito à prática da MGF, nomeadamente, a Costa do Marfim, Egito, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné-Conacri, Nigéria, Senegal, entre outros. Em 2005, segundo informação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras a estimativa de prevalência MG em meninas e mulheres entre 15-49 anos era de 45% no universo de 8819 mulheres imigradas em Portugal provenientes da Guiné-Bissau. (Orientação nº 008/2021).

A mutilação genital feminina (MGF) consiste na “remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outra lesão dos órgãos genitais femininos por razões não médicas” (OMS, 2020). Está classificada em 4 tipos:

Tipo I - Clitoridectomia – Remoção total ou parcial do clitoris e/ou do prepúcio do clitoris.	
Tipo II - Excisão – Remoção total ou parcial do clitoris e dos pequenos lábios, com ou sem a excisão dos grandes lábios.	
Tipo III - Infibulação – Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante, com o corte e aposição dos pequenos lábios e/ ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clitoris. A infibulação pode resultar da cicatrização e não só da sutura.	
Tipo IV – Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/picar, perfuração, incisão/corte, escarificação e cauterização.	

Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina

Guia Prático de Consulta Rápida

As alterações da resposta sexual, uro-ginecológicas, Psicológicas e Obstétricas são complicações de longo prazo associadas à MG.

Atuação do Enfermeiro EESMO:

- ✓ O profissional de saúde deve deter competências e conhecimentos para saber identificar o tipo de MGF;
- ✓ Para o diagnóstico da MGF é necessário perguntar, de uma forma culturalmente sensível, se a mulher foi sujeita a esta prática, utilizando expressões como “cortada”, “submetida à tradição”, ou “fanado” e **não usar a palavra “mutilada”** (DGS,2021).
- ✓ Este achado deve ficar registado no processo clínico e na plataforma de Registo de Saúde Eletrónico (RSE). (Aceder ao Sistema de registo de dados clínicos /Selecionar utente/Selecionar RSE/Selecionar DGS/Selecionar Mut. Gen. Fem./Clicar em novo registo/Preencher formulário/Clicar em Criar).
- ✓ As melhores intervenções serão as que fomentarem uma mudança de atitude (social e individual) face à sexualidade e ao papel da mulher na sociedade, sem esquecer que os homens são essências para mudança de comportamento, pelo que, é importante inclui-los nas ações a promover.
- ✓ Na abordagem às mulheres vítimas de MG é essencial estabelecer uma relação de proximidade.

Durante o trabalho de parto

- ✓ A avaliação cervical das mulheres infibuladas é difícil, às vezes impossível;
- ✓ A desinfibulação é importante para a avaliação adequada do trabalho de parto ou, se necessário, a colocação de um cateter de drenagem vesical;
- ✓ Mulheres com MGF tipo III recomenda-se cirurgia de desinfibulação, a realizar no segundo estágio do trabalho de parto durante uma contração e sob anestesia epidural;
- ✓ Mulheres previamente desinfibuladas, aconselha-se a episiotomia.

No período pós-natal

- ✓ Ter em atenção o risco de hemorragia, principalmente, a nível das lacerações e o risco de infeções;
- ✓ É importante haver formação específica para suturar mulheres submetidas a MGF (não reinfibular);
- ✓ Emergem as questões ético-legais sobre a reinfibulação;
- ✓ Informar sobre os riscos da reinfibulação;
- ✓ Fornecer aconselhamento e educação sexual.

Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina

Guia Prático de Consulta Rápida



Quando há obstrução significativa do canal de parto, (mais frequente na mutilação do tipo I III e alguns do tipo IV) a incidência de cesariana, hemorragia no pós-parto, lacerações graves do períneo e o recurso à episiotomia aumentam substancialmente, tal como o tempo de hospitalização. As fistulas obstétricas são potenciais complicações de um parto demorado e obstruído. No recém-nascido, é frequente um índice de Apgar mais baixo e uma taxa de mortalidade mais elevada. (DGS, 2021)

Para complementar a informação, podem ser consultados os seguintes documentos de apoio:

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDP/CJ)



Associação para o planeamento Familiar



Grupo de Trabalho Inter-setorial
sobre a Mutilação Genital
Feminina/Corte

Contacto de apoio:

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género - Telefone: 21 798 30 00; e-mail: cig@cig.gov.pt

Alto Comissariado para as Migrações - Telefone: 21 810 61 00 - 21 810 61 91; e-mail:

Bibliografia: Direção-Geral da Saúde (2018). Mutilação Genital Feminina Análise dos casos registados na PDG/RSE- PP 2014-2017. Lisboa. Consultado a: 8.6.21. Acedido em: dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-da-informacao/diretorio-da-informacao/por-serie-994037-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAABP%2HLCAAAAAAABAAySofzVUy8IM6TUIIMDAFAIIfPTEPAAAA; Organização Mundial da Saúde (2020). Female genital mutilation. Consultado 15.07.2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-heets/detail/female-genital-mutilation>; Orientação no 008/2021 (2021) Mutilação Genital Feminina. Direção-Geral da Saúde. Orientação da Direção-Geral da Saúde. 30.06/2021. Obtido em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082021-do-30062021-pdf.aspx>

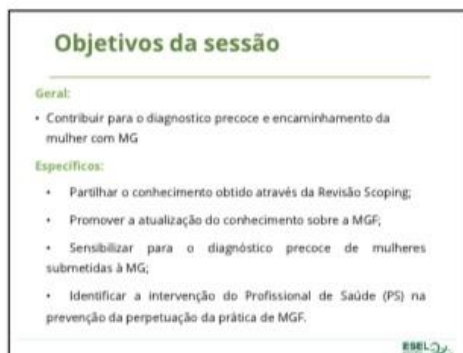
**APÊNDICES 13- SESSÃO DE FORMAÇÃO- “INTERVENÇÃO DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA MUTILAÇÃO
GENITAL FEMININA”**



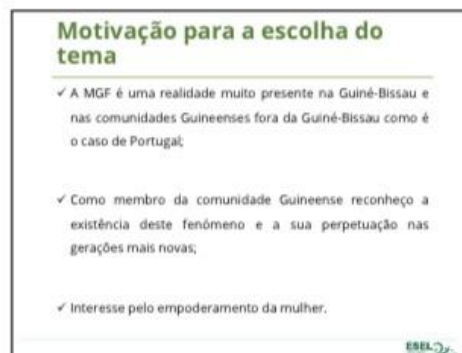
1



2



3



4

Definição: Mutilação Genital Feminina

A mutilação genital feminina (MGF) consiste na "remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outra lesão dos órgãos genitais femininos por razões não médicas."

(OMS, 2020)



(Jindou, et al, 2015)

ESELO

5

Tipos de Vulvas



ESELO

6

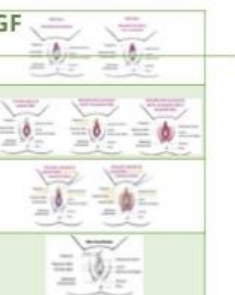
Tipos de MGF

Tipos I - Circuncisão - Remoção total da pele da vulva e da parte superior da vagina.

Tipos II - Excisão - Remoção total da pele da vulva e da parte superior da vagina, com a remoção da pele da vulva e da parte superior da vagina.

Tipos III - Infibulação - Remoção total da pele da vulva e da parte superior da vagina, com a remoção da pele da vulva e da parte superior da vagina.

Tipos IV - Todas as outras intervenções cirúrgicas ou não cirúrgicas que alteram a genitália feminina externa.



(OMS, 2020)

ESELO

7

Consequências da MGF

Complicações Imediatas

- Dificuldades na eliminação de urina e fezes
- Maior vulnerabilidade a diferentes tipos de infecções
- Septicemia
- Perigo de morte causada pela hemorragia

Complicações a longo prazo

- Alterações uro-ginecológicas
- Psicológicas
- Alterações da resposta sexual
- Obstétricas

ESELO

8

Porque perdura MGF?

- ❖ Cultura e tradição;
- ❖ Obrigação religiosa;
- ❖ Preservação da virgindade/castidade;
- ❖ Controlo da sexualidade da mulher;
- ❖ Aceitação social;
- ❖ Requisito para casamento;
- ❖ Ritual de passagem;
- ❖ Preservação da honra da família;
- ❖ Identidade de género;
- ❖ Sentido de pertença e identidade a um determinado grupo.

2019/01/20/15



9

Contextualização do problema

Em 2016, existiam mais de 200 milhões de meninas e mulheres que sofreram MGF em 30 países na África, Médio Oriente e Ásia, incluindo...



Em 2009, estimava-se a existência de cerca de 500.000 mulheres com MGF a viver na União Europeia e anualmente 180.000 raparigas estão em risco de serem submetidas a esta prática. (WHO, 2010)



Em Portugal, entre abril de 2014 e dezembro de 2017 foram registados 237 casos de mutilação genital feminina. (PCC, 2018)



10

Contextualização do problema

A OMS coloca Portugal entre os países em risco no que diz respeito à prática da Mutilação Genital Feminina.



As comunidades migrantes residentes em Portugal que praticam a MGF são principalmente originárias da África subsaariana entre elas a Guiné-Bissau.



Em 2014, segundo informação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras a estimativa de prevalência MGF em meninas e mulheres entre 15-49 anos era de 40% no universo de 8819 mulheres guineenses integradas em Portugal.



11

Revisão Scoping

Título: Mutilação genital feminina: uma revisão scoping

Questão: Qual o conhecimento existente sobre a mutilação genital feminina?

PCC	População- mulheres
	Conceito- mutilação genital feminina
	Contexto- Portugal e comunidade Guineense

PALAVRAS-CHAVE: Female Genital Mutilation/ Cutting; Circumcision; Infibulation; Guinea-Bissau; Portugal e Europe



12

Revisão Scoping- Resultados

Bartlett, H. R.,
Brown, K.,
Alhassan, Y., e Lyle, S. (2020)

- Abordagem RPSAD, baseada em intervenções de mudança de comportamento baseadas na comunidade que impactam diretamente a comunidade a desafiar as crenças e normas sociais que opõem a prática da MGF.
- Os resultados indicam que a abordagem RPSAD tem o potencial, no longo prazo, de trazer mudanças nos níveis e padrões associados à MGF, em particular aumentando intervenções com a população da comunidade local para acabar com a MGF.

Ortensi, L. E., e
Manoncha, A. (2017)

- A estratégia para lidar com a MGF é dupla. Os primeiros tipos de ações são direcionados aos cuidados de saúde, envolvendo os médicos e enfermeiros, já relacionados ao MGF. O segundo tipo de ação visa a prevenção da prática em reuniões de segunda geração e primeiros tipos negativos de contato, na fase entre tipos para o caso.



17

Revisão Scoping- Resultados

González Tamarit,
A., González
Tamarit, M., Carr
Lécher, A., e Ruiz
Roa, V. (2021)

- Os participantes do estudo qualitativo fenomenológico encontraram atitudes negativas durante o tempo em serviços de saúde nos países de acolhimento e, para alguns participantes, a linguagem usada pelos profissionais de saúde foi vista como assustadora ou hostilidade, as mulheres sentiram-se discriminadas e tratadas com insensibilidade.

Wong, R., Silva, R.,
Snow, R., Lagnier,
B., e Dias, N. (2020)

- Os dados disponíveis indicam que não houve progresso na redução do risco de MGF na América, Guiné-Bissau, Mali e Guiné-Conacri. Além disso, os dados revelam a situação dramática nos últimos dois décadas, com a MGF a crescer mais rapidamente nos áreas urbanas. Demorando a tirar a MGF em algumas situações urbanas em cada mundo de vida.



18

Revisão Scoping- Resultados

Jurynski, Y.,
Sureshkumar, P.,
Phu, A., e Elliott, E. (2019)

- Quatro estudos de revisão de literatura sistemática que profissionais de saúde em países desenvolvidos foram avaliados a relação MGF em todos os níveis, ou a fornecer informações sobre como lidar com o problema.
- Profissionais de saúde de países desenvolvidos indicaram que ignoram relativamente a identificação de mulheres de países onde a MGF é costume para proteger a saúde de um reagradado na sua comunidade.

Van Baten, L.,
Ortensi, L. E., Lyle, S., e Lyle, E. (2018)

- Análise secundária de dados do censo de 2010 indicam que das 1.834.970 mulheres entrevistadas, no tempo entre 80 anos de idade, aproximadamente 1 das 30 podem usar a MGF antes documentado, cerca de 170.000 foram submetidas a mutilação.



19

Intervenção do Profissional de Saúde

Os Profissionais de Saúde envolvidos no processo de sensibilização, prevenção e eliminação da MGF:



(DGL, 2019)



20

Intervenção do Profissional de Saúde

As mulheres submetidas à MGF e as crianças submetidas ou em risco de MGF, procuram os cuidados de saúde para:



ESELO

21

Intervenção do Profissional de Saúde

- O profissional de saúde deve ter as competências e os conhecimentos para saber identificar o tipo de MGF.
- Este achado deve ficar registado no processo clínico e no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e, se possível, desenhar o aspeto da vulva para evitar a repetição da observação ginecológica.
- A Orientação nº 858/2021 da DGS e o Manual "Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde", constituem os referenciais técnicos cujos fluxogramas de atuação devem ser seguidos pelos profissionais de saúde na abordagem a esta temática.
- Para o diagnóstico da MGF é necessário perguntar, de uma forma culturalmente sensível, se a mulher foi objeto a esta prática, utilizando expressões como "cortada", "submetida à tradição", ou "variado" e **não usar a palavra "mutilada"** (DGS, 2021).

ESELO

22

Intervenção do Profissional de Saúde

- As melhores intervenções serão as que fomentarem uma mudança de atitude (social e individual) face à sexualidade e ao papel da mulher na sociedade, sem esquecer que os homens são essenciais para mudança de comportamento, pelo que, é importante incluí-los nas ações a promover.
- Na abordagem às mulheres vítimas de MG é essencial estabelecer uma relação de proximidade.

(DGS, 2018)



ESELO

23

Intervenção no âmbito do planeamento familiar e preconceção

- ◆ Despistar casos de MGF;
- ◆ Conhecer o tipo de Mutilação;
- ◆ Fornecer aconselhamento e educação sexual;
- ◆ Se mutilação do tipo III, propor a desinfibulação para permitir a cicatrização dos tecidos.



ESELO

24

- Se a MGF for tipo I, II ou IV, e permitir a observação ginecológica, a vigilância da gravidez é semelhante às outras grávidas;

- ◆ Se houver obstrução ou tecido fibroso, a mulher deve ser encaminhada para o hospital de referência o mais precocemente possível para a desfibulação;
- ◆ A desfibulação deve ser feita no 2º trimestre, por volta das 20 semanas de gestação.



- Explicar claramente aos pais/representante legal e restantes familiares que, no país, a realização de uma MGF é crime e que os atos preparatórios da MGF também são punidos; salientado que se pretende ajudar a família a evitar as consequências para a saúde associadas à MGF, assim como as suas consequências legais e judiciais

- ◊ Estabelecer um plano de intervenção e apoio à família pelos profissionais de saúde da unidade onde é realizada a vigilância de saúde da criança com ou sem apoio do Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco
- ◊ Acompanhar o plano de intervenção à família

- Acompanhar o plano de intervenção à família



- Encorajar a comunidade a assumir a responsabilidade pelos seus problemas;
- Informar no sentido de compreender os riscos e impactos da prática da MGF;
- Capacitar para a promoção, prevenção e tomada de decisão usando os seus próprios recursos e mecanismos.



```

graph TD
    A[Definición del problema de investigación] --> B[Elaboración del marco teórico]
    B --> C[Recopilación de datos]
    C --> D[Análisis de datos]
    D --> E[Interpretación de los resultados de la investigación]
    
    A --> A1[Delimitación del problema de investigación]
    A --> A2[Formulación de la hipótesis de investigación]
    
    B --> B1[Selección de la metodología de investigación]
    B --> B2[Selección de la muestra de investigación]
    
    C --> C1[Recopilación de datos primarios]
    C --> C2[Recopilación de datos secundarios]
    
    D --> D1[Análisis de datos cuantitativos]
    D --> D2[Análisis de datos cualitativos]
  
```

El diagrama de flujo describe la metodología de investigación de la tesis doctoral. El proceso comienza con la 'Definición del problema de investigación', que incluye la 'Delimitación del problema de investigación' y la 'Formulación de la hipótesis de investigación'. Esto se desarrolla en la 'Elaboración del marco teórico', que incluye la 'Selección de la metodología de investigación' y la 'Selección de la muestra de investigación'. El siguiente paso es la 'Recopilación de datos', que incluye la 'Recopilación de datos primarios' y la 'Recopilación de datos secundarios'. Los datos se analizan en la 'Análisis de datos', que incluye el 'Análisis de datos cuantitativos' y el 'Análisis de datos cualitativos'. Finalmente, se llega a la 'Interpretación de los resultados de la investigación'.

100

28

Em Síntese:

- ◆ Prestar cuidados culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população;
- ◆ Adotar uma linguagem adaptada;
- ◆ Evitar o termo mutilação e substituir, por exemplo, pelo termo corte;
- ◆ Demonstrar empatia e confiança;
- ◆ Prevenir a recorrência da MGE;
- ◆ Envolver a família e a comunidade;
- ◆ Registro no Processo clínico e na Registro de Saúde Eletrônico.



29

Recursos

- ◆ Hospital Garcia da Horta (ponto focal)
- ◆ ACES Almada-Sesial
- ◆ CPCJ - <https://www.mpdpcj.gov.pt/onde-estao>

Contatos:

- 800 202 148 - Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica
- 808 222 003 - Sexualidade em Linha (11h00 às 19h00, nos dias úteis e 10h00 às 17h00, aos sábados)
- 808 242 424 - Linha Saúde 24 (24h)
- 808 257 257 ou 218 106 191 - Serviço de Tradução Telefónica entre as 09h e as 19h



30



"Fiquei um dia e meio urinando por causa da dor, cada vez que tentava sentia uma dor enorme e não conseguia urinar, saíam-me apenas gotas de urina e chorava muito. A minha mãe estava sempre ao meu lado a cheirar catagol, porque não podia fazer nada. Hoje entendi o motivo dos choros da minha mãe, [...] Ela estava simplesmente a cumprir um dever que é quase 'uma obrigação', para que eu pudesse ser aceite na minha comunidade." **By Auliste Djaló**



31

Obrigada

Avaliação da Sessão de formação:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc5qXcV-aPR_nohFEKkwTeL5fh6brj_sotKzhTyFkpmlfwag/viewform?ec=O&c=O&w=1&n=C-O



32

Bibliografia

- EBEL 22

33

Bibliografia de Imagens

- 

35

Bibliografia

-

34

**APÊNDICE 14- NORMA DE PROCEDIMENTO - “ABORDAGEM EM
SITUAÇÃO DE MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E EM SITUAÇÃO DE
RISCO”**

NORMA DE PROCEDIMENTO

GINEC-OBSTET – XXX

Abordagem em situação de Mutilação Genital Feminina e em Situação de Risco

APROVAÇÃO

FINALIDADE	- Promover a Sinalização de Mulheres/Meninas submetidas a Mutilação Genital - Prevenir a incidência de novos casos de Mutilação Genital Feminina - Intervir na mulher com Mutilação Genital
DESTINATÁRIOS	Médicos e Enfermeiros do serviço de Ginecologia/ Obstetrícia
PALAVRAS-CHAVE	Mutilação Genital Feminina/ Corte; Circuncisão; Infibulação

[Não escrever nesta zona da página]

Autores	Enfª Cristina Jaguê; Enfª EESMO	2022.02.21
Verificação SGQCQS	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	[Data de Aprovação]
Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	[Data de Divulgação]
Versão	1	[Data de Revisão]

SIGLAS

CNPDPJ- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

DGS- Direção Geral da Saúde

EPVA- Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

MG- Mutilação Genital

MGF- Mutilação Genital Feminina

NHACJR- Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OMS- Organização Mundial da Saúde

INTRODUÇÃO

A Mutilação Genital Feminina (MGF) consiste na remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outra lesão dos órgãos genitais femininos por razões não médicas (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Segundo a Orientação nº 008/2021 da Direção Geral da Saúde (DGS), a MGF é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos de meninas e mulheres. Reflete a desigualdade enraizada entre os géneros e constitui uma forma extrema de discriminação contra as mulheres. A prática também viola os direitos da pessoa à saúde, segurança e integridade física, o direito de não sofrer tortura, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e o direito à vida quando o procedimento resultar em morte. Em Portugal, a MGF é crime e é punível pela Lei n.º 83/2015 do código penal com pena de prisão de 2 a 10 anos e os atos preparatórios da MGF também são punidos com pena de prisão até 3 anos.

A Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ) (2020) refere que a Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca Portugal entre os países em risco no que diz respeito à prática da MGF devido às comunidades e pessoas imigrantes de países que apresentam prevalências de MGF, nomeadamente, a Costa do Marfim, Egipto, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné-Conacri, Nigéria, Senegal,

entre outros. Destes países, podemos destacar a Guiné-Bissau, que em 2005, segundo informação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, estimava que a prevalência MG em meninas e mulheres entre 15-49 anos era de 45% no universo de 8819 mulheres imigradas em Portugal (Orientação no 008/2021).

À MGF estão associadas complicações imediatas como a dificuldades na eliminação de urina e fezes, maior vulnerabilidade a diferentes tipos de infeções, septicemia ou perigo de morte causada pela hemorragia. Estão também associadas complicações a longo prazo como alterações uro-ginecológicas, psicológicas, alterações da resposta sexual ou obstétricas.

Posto isto, o diagnóstico e a sinalização de casos de MGF, são fundamentais para a deteção de situações de risco e prevenção de novos casos. Os profissionais de saúde devem estar envolvidos no processo de sensibilização, prevenção e eliminação da MGF.

DESCRIÇÃO

A experiência de MG e os seus efeitos psicológicos para algumas meninas, raparigas e mulheres são comparáveis com a experiência de violação (OMS, 2001). Os traumas psicológicos e isolamento sócio-afectivo atingem não só a população feminina que é mutilada, como também as meninas conviventes nessas comunidades que não são excisadas. Estas meninas podem ser socialmente estigmatizadas, rejeitadas pelas suas comunidades e incapazes de casar localmente (OMS, 2001 e CNPDPCJ, 2020).

É essencial informar as comunidades sobre as várias consequências físicas, psicológicas e sexuais que advêm desta prática. Estudos internacionais mostram que as comunidades mais informadas sobre as consequências e complicações da MGF, tendem a diminuir a sua prática nas gerações futuras. Os serviços e cuidados de saúde são, pelas suas características e recursos, agentes essenciais de prevenção (primária, secundária e terciária) na abordagem intercultural da saúde e informação sexual e reprodutiva (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina, 2011).

1. DIAGNOSTICAR A MULHER/MENINA SUBMETIDA A MUTILAÇÃO GENITAL

É importante que a equipa de Enfermagem e Médica detenham conhecimentos para saber identificar o tipo de MGF.

A MGF está classificada pela OMS (2022) em 4 tipos:

Tipo I - Clitoridectomia – Remoção total ou parcial do clitoris e/ou do prepúcio do clitoris.	
Tipo II - Excisão – Remoção total ou parcial do clitoris e dos pequenos lábios, com ou sem a excisão dos grandes lábios.	
Tipo III - Infibulação – Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante, com o corte e aposição dos pequenos lábios e/ ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clitoris. A infibulação pode resultar da cicatrização e não só da sutura	
Tipo IV – Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/picar, perfuração, incisão/corte, escarificação e cauterização.	

Para o diagnóstico da MGF é necessário perguntar, de uma forma culturalmente sensível, se a mulher foi sujeita a esta prática, utilizando expressões como “cortada”, “submetida à tradição”, ou “fanado” e não usar a palavra “mutilada” (DGS,2021). É essencial estabelecer uma relação de proximidade com a mulher. A empatia, a confiança, a garantia de privacidade, de confidencialidade, de respeito e tolerância são fundamentais na entrevista.

Em caso de dúvida sobre o diagnóstico, o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia conta com o apoio da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) do [REDACTED]. Esta equipa poderá ser contactada através do e-mail: epva@min-saude.pt

2. SINALIZAR A MULHER/MENINA VÍTIMA DE MUTILAÇÃO GENITAL OU EM RISCO

Quando é diagnosticada MGF, o achado deve ficar **registado no Registo de Saúde Eletrónico (RSE)** (Apêndice I). Deve ser **preenchida a ficha de sinalização à EPVA** (Anexo I- Ficha de Sinalização de Violência Interpessoal em Adultos (EPVA)-[REDACTED].IMP.01.015.v01.2021). Esta ficha deve ser enviada via correio interno para a EPVA através do Gabinete do Enfermeiro-Chefe do Serviço de Urgência Geral.

Quando na família da mulher vítima de MG existem filhas, sobrinhas e irmãs, o risco destas também sofrerem mutilação está aumentada, principalmente quando a família pertence a uma comunidade praticante de MGF.

As situações de risco podem perdurar durante anos após terem sido detetadas. Vários estudos indicam que a maioria dos casos de MGF ocorre entre os 3 e os 10 anos de idade, pelo que as meninas que se encontram neste intervalo etário são de risco elevado. Existem ainda relatos e testemunhos de meninas que foram sujeitas à prática entre o nascimento e os 2 anos de idade (CNPDPJCJ, 2020). Assim sendo, o profissional de saúde deve sinalizar o caso ao Serviço Social e **preencher a ficha de Sinalização de Crianças e Jovens em risco** (Anexo II-[REDACTED] Mod. 01/155). O documento deverá ser enviado para o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) através do correio interno para o secretariado do Serviço de Urgência Pediátrica ou para o secretariado do Serviço de Pediatria.

Antes de efetuar a referenciação, o profissional deve expor aos pais /representante legal e restantes familiares, as possíveis consequências da prática da MGF para a saúde, educação e realização pessoal da

menina. Deve ainda explicar claramente que, em Portugal, a realização de MGF é crime (Orientação no 008/2021).

O profissional de saúde deve registar em Notas Gerais o tipo de MG, as consequências, a informação fornecida à utente/família, as necessidades da mulher e as sinalizações realizadas.

3. INTERVENÇÃO

Intervenção na mulher em idade fértil

- ✓ Fornecer aconselhamento e educação sexual;
- ✓ Se mutilação do tipo III, propor a desinfibulação para permitir a cicatrização dos tecidos.

Intervenção durante o período pré-natal

- ✓ Se a MGF for tipo I, II ou IV, e permitir a observação ginecológica, a vigilância da gravidez é semelhante à de outras grávidas de baixo risco;
- ✓ Se houver obstrução ou tecido fibroso, a mulher deve ser encaminhada para o hospital de referência o mais precocemente possível para a desinfibulação;
- ✓ A desinfibulação deve ser feita no 2º trimestre, por volta das 20 semanas de gestação.

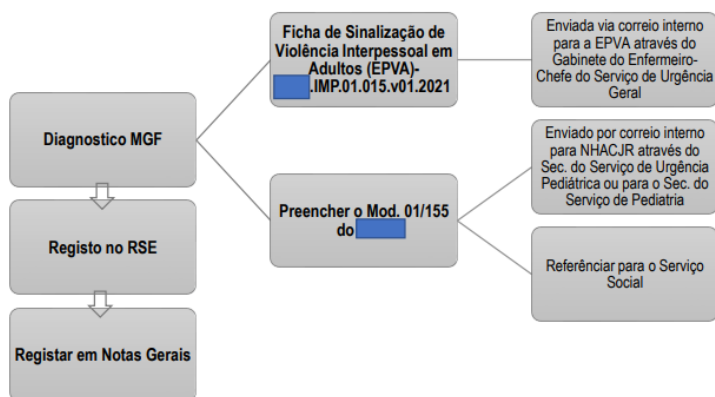
Intervenção durante o trabalho de parto

- ✓ A avaliação cervical das mulheres infibuladas é difícil, às vezes impossível, pelo que a desinfibulação é importante para a avaliação adequada do trabalho de parto ou, se necessário, a colocação de um cateter de drenagem vesical;
- ✓ Mulheres com MGF tipo III recomenda-se cirurgia de desinfibulação, a realizar no segundo estágio do trabalho de parto durante a contração e sob anestesia epidural;
- ✓ Mulheres previamente desinfibuladas, aconselha-se a episiotomia.

Intervenção no período pós-natal

- ✓ Ter em atenção o risco de hemorragia, principalmente, a nível das lacerações e o risco de infeções;
- ✓ É importante suturar mulheres submetidas a MGF (não reinfibular);
- ✓ Emergem as questões ético-legais sobre a reinfibulação;
- ✓ Informar sobre os riscos da reinfibulação;
- ✓ Fornecer aconselhamento e educação sexual.

4. FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO



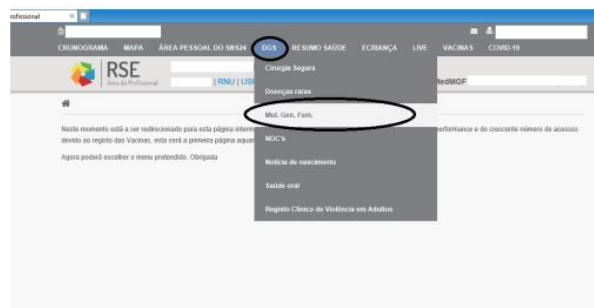
BIBLIOGRAFIA

- ✓ 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. 1–54. Consultado a 2.06.2021. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/02/Colaborar-Ativamente-na-Prevencao-e-Eliminacao-da-Mutilacao-Genital-Feminina-Manual-de-Procedimentos_CPCJ.pdf
- ✓ Lei n.º 83/2015 (2015). Trigesima oitava alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, autonomizando o crime de mutilação genital feminina, criando os crimes de perseguição e casamento forçado e alterando os crimes de violação, coação sexual e importunação sexual, em cumprimento do disposto na Convenção de Istambul. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º de 2015-08-05), 5375 - 5377. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/83/2015/08/05/p/dre/pt/html>
- ✓ Norma de Procedimento- 3504 (2021). Referenciação de Utentes para o Serviço social- Serviço de ginecologia e Obstetria. [Redacted]
- ✓ Organização Mundial da Saúde (2001). Mutilação Genital feminina- Integração da Prevenção e do Tratamento nos Currículos de Profissionais de Saúde: Manual de Formação. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família
- ✓ Organização Mundial da Saúde (2022). Female genital mutilation. Consultado 1.2.2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- ✓ Orientação no 008/2021 (2021) Mutilação Genital Feminina. Direção-Geral da Saúde. Orientação da Direção-Geral da Saúde. Consultado a 1.2.2022. Obtido em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082021-de-30062021-pdf.aspx>

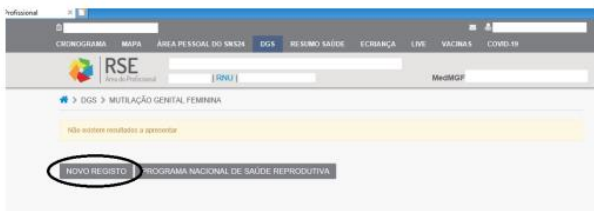
APÊNDICE

Para realizar o registro no RSE o profissional de Saúde deve:

1º



2º

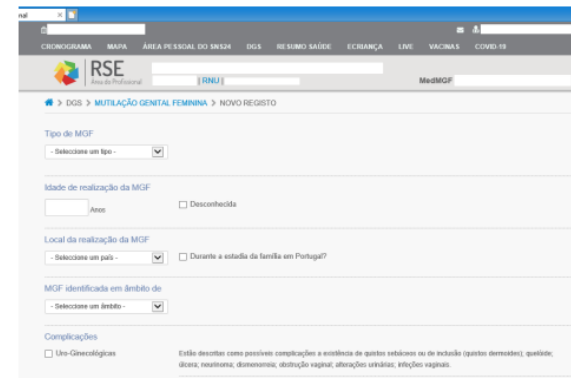


Abordagem em situação de Mutilação Genital Feminina em Situação de Risco

Versão 1 Pág. 25 de 54

Este é um documento controlado. A versão eletrônica colocada no servidor do Serviço é a cópia controlada. Qualquer cópia impressa deste documento não é controlada. Deve ser sempre consultado a partir do servidor do Serviço e não deve ser guardado em unidades locais.

3º



4º



Abordagem em situação de Mutilação Genital Feminina em Situação de Risco

Versão 1 Pág. 26 de 54

Este é um documento controlado. A versão eletrônica colocada no servidor do Serviço é a cópia controlada. Qualquer cópia impressa deste documento não é controlada. Deve ser sempre consultado a partir do servidor do Serviço e não deve ser guardado em unidades locais.

ANEXOS

ANEXO 1- Ficha de Sinalização de Violência Interpessoal em Adultos (EPVA)-

IMP.01.015.v01.2021

[INÍCIAR DO UTENTE]
(Obrigatório)

SINALIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ADULTOS

A PREENCHER PELA EPVA

Nº EPVA

Nº Episódio EPVA

Enviar por correio interno, em envelope selado, dirigido à **Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)**.
Remeter para o Gabinete do Enfermeiro-Gestor do Serviço de Urgência Geral.

1. DADOS

Contacto Seguro: Naturalidade: Nacionalidade:

2. QUEM IDENTIFICA A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

a) Hospital ☐
Urgência Geral ☐
Urgência Ginecológica e Obstétrica ☐
Consulta ☐ (Identificar)
Internamento ☐ (Identificar Serviço)
b) Unidade de Saúde (ACES) ☐ (Identificar)
c) Família ☐ (Especificar grau de parentesco)
d) Vizinhos / Instituição ☐ (Identificar Instituição)

3. VULNERABILIDADE PARTICULAR

Grávida ☐ Pessoa Idosa ☐ Dependente Fisicamente ☐ Dependente Mentalmente ☐
Dependente Economicamente ☐ Com criança(s) dependente(s) exposta(s) diretamente à violência ☐ Migrante ☐
Outro ☐ (Especificar)

4. AGREGADO FAMILIAR (COM QUEM VIVE)

Nome	Idade	Relação Parentesco
Nome	Idade	Relação Parentesco
Nome	Idade	Relação Parentesco
Nome	Idade	Relação Parentesco
Nome	Idade	Relação Parentesco

5. ANTECEDENTES PESSOAIS

5a. Da VITIMA

Patologia Psíquica ☐ (Especificar)
Abusos / Dependências ☐

- Alcool ☐
- Drogas ☐
- Psicofármacos ☐
- Outras ☐

5b. Do AGRESSOR

Patologia Psíquica ☐ (Especificar)
Abusos / Dependências ☐

- Alcool ☐
- Drogas ☐
- Psicofármacos ☐
- Outras ☐

Página 1 de 2

6. NATUREZA E GRAVIDADE
(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

	SEM GRAVIDADE	POUCA GRAVIDADE	GRAVE	MUITO GRAVE	PREDOMINANTE (Selecionar só uma)
Física	☐	☐	☐	☐	☐
Psíquica	☐	☐	☐	☐	☐
Sexual	☐	☐	☐	☐	☐
Negligência / Privação	☐	☐	☐	☐	☐
Outra: (Especificar)	☐	☐	☐	☐	☐

6a. SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

Violência sexual (Perpetrada por pessoa não incluída na Violência Doméstica) ☐ Violência de Género ☐ Tráfico de seres humanos ☐

Bullying ☐ Cyberbullying/Grooming ☐ Stalking (Perseguição) ☐ Mobbing ☐ Maus Tratos a Idosos ☐

Violência Doméstica: ☐ Mutilação Genital Feminina: ☐ Violência Discriminatória: ☐

a) Relações Intimidade ☐ a) Clitoridectomia ☐ a) Etnia ☐

b) Relações Familiares ☐ b) Excisão ☐ b) Identidade de género ☐

c) Violência Vicariante ☐ c) Infibulação ☐ c) Orientação sexual ☐

d) Outras ☐ d) Outras ☐ d) Deficiência/incapacidade ☐

7. FREQUÊNCIA

Única: ☐ Episódica ☐ Contínua ☐ (Especificar local mais frequente) _____

8. DESCRIÇÃO DOS FACTOS

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Local: _____

Descrição das circunstâncias: (Ex.: Ameaça ou uso de armas; Lesões graves em acidentes anteriores; Ameaças ou assédio/perseguições/stalking; Sentimento de insegurança da vítima; Recusa de voltar a casa; Existência de perigo para os filhos; Presença de/a agressor/a em localização próxima)

9. APLICAÇÃO DO REFERENCIAL TÉCNICO "VIOLÊNCIA INTERPESSOAL" DA DGS

Protocolo 1 – Situação de Suspeita (Quando a vítima não reconhece encontrar-se numa situação de violência) ☐

Protocolo 2 – Situação de Risco (Quando a vítima confirma encontrar-se numa situação de violência, mesmo que não a reconheça como tal) ☐

Protocolo 3 – Situação de Perigo (Quando a vítima se encontra em situação de perigo iminente de vida, de acordo com avaliação de indicadores de risco) ☐

10. ENCAMINHAMENTO

VITIMA	PROFISSIONAL	DESTINO
Queixa ☐	Denúncia ☐	Assistente Social do Serviço ☐
Onde: (Local) _____	a) Formulário de Denúncia de Crime para Ministério Público ☐	Cuidados de Saúde Primários ☐
Recusa Queixa ☐	b) Forças de Segurança ☐	Consulta de Especialidade ☐
Aceta Denúncia p/ Outrem ☐	Outra: (Especificar) _____	Entidades da Comunidade ☐
Aceta Intervenção ☐		Qual: (Especificar) _____
Outra: (Especificar) _____		Internamento ☐
		Alta para domicílio ☐
		Alta por óbito ☐

11. SINALIZAÇÃO

Apenas sinalização (Casuística) ☐ Consultadoria ☐

OBSERVAÇÕES: _____

Data: ____/____/____ Responsável pela Sinalização _____

(Nome legível) (Nº Mecanográfico)

A PREENCHER PELA EPVA		ESTADO DO PROCESSO	SIM	NÃO
Nome: _____		* Monitorizar	☐	☐
(Gestor de caso)		* Arquivar	☐	☐

Página 2 de 2

SINALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

VINHETA DO DOENTE

Enviar por correio interno, em envelope selado dirigido ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – Secretariado de Pediatria (Piso 5).

1. ORIGEM DA SINALIZAÇÃO

- ☐ Urgência ☐ Consulta (especificar) _____ ☐ CDC
☐ Puerpério ☐ Pediatria Médica e Cirúrgica ☐ UCIN / UCIP

2. CENTRO DE SAÚDE

Centro de Saúde: _____
Médico assistente: _____

3. MORADA ATUAL (SE DIFERENTE DA ETIQUETA)

4. COM QUEM VIVE A CRIANÇA:

5. ACOMPANHANTE

Nome: _____
Contacto: _____

6. MÃE

Nome: _____
Contacto: _____

7- PAI

Nome: _____
Contacto: _____

8. ANTECEDENTES FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

- ☐ Doença psiquiátrica ☐ Alcoolismo ☐ Toxicodependência ☐ Violência doméstica
☐ Outros: _____

REG-0-Mat-011/02

9- DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO DE RISCO/PERIGO

Tipo de Maus-tratos:	Descrição das circunstâncias (data, hora e local)
☐ Violência Física ☐ Abuso sexual ☐ Negligência ☐ Abandono ☐ Abuso Emocional	

Antecedentes pessoais significativos

Desenvolvimento Estatura-Ponderal: ☐ Adequado ☐ Não adequado	Descrição das alterações físicas e/ou psicológicas:
Desenvolvimento psico-motor: ☐ Adequado ☐ Não adequado	

10. OUTROS DADOS RELEVANTES

Sinalizações anteriores

- ☐ CPCJ ☐ Tribunal ☐ Outras

Data da sinalização: ____/____/____
Responsável pela sinalização: _____
(Nome) (Nº Mecanográfico)

**APÊNDICE 15- SESSÃO DE FORMAÇÃO- “INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO OBSTETRA NA PREVENÇÃO DA MUTILAÇÃO GENITAL
FEMININA”**

Intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção da Mutilação Genital Feminina

Ensino Clínico- Bloco de Partos

12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Unidade Curricular: Estágio com Relatório | Ano letivo 2021/2022 | 2º Ano



Projeto realizado por: Cristina Jagutê nº10429
Orientadora de estágio: Enfermeira Especialista ESMO Vera Ferreira
Docente Orientadora: Profª. Doutora Maria João Freitas

Sumário

I. PROBLEMÁTICA:

Identificação

Contextualização

II. REVISÃO SCOPING:

Fluxograma Prisma

Resultados

III. INTERVENÇÕES DO EEESMO

IV. IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Objetivos da sessão

Geral:

- Contribuir para o diagnóstico precoce e encaminhamento da mulher com MG

Específicos:

- Partilhar o conhecimento obtido através da Revisão Scoping;
- Promover a atualização do conhecimento sobre a MGF;
- Sensibilizar para o diagnóstico precoce de mulheres submetidas à MG;
- Identificar a intervenção Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) na prevenção da perpetuação da prática de MGF.



Motivação para a escolha do tema

- ✓ A MGF é uma realidade muito presente na Guiné-Bissau e nas comunidades Guineenses fora da Guiné-Bissau como é o caso de Portugal;
- ✓ Como membro da comunidade Guineense reconheço a existência deste fenómeno e a sua prática nas gerações mais novas;
- ✓ Interesse pelo empoderamento da mulher.



Definição: Mutilação Genital Feminina

A mutilação genital feminina (MGF) consiste na “remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outra lesão dos órgãos genitais femininos por razões não médicas.”

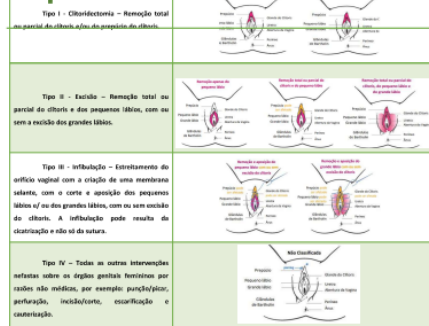
(OMS, 2020)



(Lisboa, et al, 2015)



Tipos de MGF



(DGS, 2021)



Consequências da MGF

Complicações Imediatas

- Dificuldades na eliminação de urina e fezes
- Maior vulnerabilidade a diferentes tipos de infecções
- Septicemia
- Perigo de morte causada pela hemorragia

Complicações a longo prazo

- Alterações uro-ginecológicas
- Psicológicas
- Alterações da resposta sexual
- Obstétricas



Porque perdura MGF?

- ❖ Cultura e tradição;
- ❖ Obrigação religiosa;
- ❖ Preservação da virgindade/castidade;
- ❖ Controle da sexualidade da mulher;
- ❖ Aceitação social;
- ❖ Requisito para casamento;
- ❖ Ritual de passagem;
- ❖ Preservação da honra da família;
- ❖ Identidade de gênero;
- ❖ Sentido de pertença e identidade a um determinado grupo.

(CNPQ/PCJ 2020)



Contextualização do problema

Em 2016, existiam mais de 200 milhões de meninas e mulheres que sofreram MG em 30 países na África, Médio Oriente e Ásia. (OMS, 2016)

Em 2009, estimava-se a existência de cerca de 500 000 mulheres com MG a viver na União Europeia e anualmente, 180 000 raparigas estão em risco de serem submetidas a esta prática. (CNPDPQ, 2020)

Em Portugal, entre abril de 2014 e dezembro de 2017 foram registados 237 casos de mutilação genital feminina. (DGS, 2018)



Contextualização do problema

A OMS coloca Portugal entre os países em risco no que diz respeito à prática da Mutilação Genital Feminina.

As comunidades imigrantes residentes em Portugal que praticam a MGF são principalmente originárias da África subsaariana entre eles a Guiné-Bissau.

Em 2014, segundo informação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras a estimativa de prevalência MG em meninas e mulheres entre 15-49 anos era de 45% no universo de 8819 mulheres guineenses imigradas em Portugal.



Revisão Scoping

Título: Mutilação genital feminina: uma revisão *scoping*

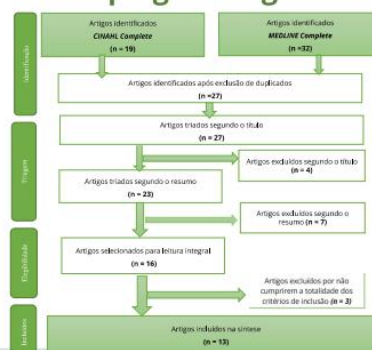
Questão: Qual o conhecimento existente sobre a mutilação genital feminina?

PCC
População- mulheres
Conceito- mutilação genital feminina
Contexto- Portugal e comunidade Guineense

PALAVRAS-CHAVE: Female Genital Mutilation/ Cutting; Circumcision; Infibulation; Guiné-Bissau; Portugal e Europe



Revisão Scoping- Fluxograma Prisma



Revisão Scoping- Resultados

Paixão, Valente e Leite,
(2021)-
Equipa do projeto
"Práticas Saudáveis – Fim
à MGF"

- Foi desenvolvido um projeto em Portugal com o objetivo de promover o reconhecimento da MGF como uma prática nefasta e integrá-la como instrumento de política pública, de capacitação e formação de profissionais e através da intervenção na comunidade.

Hamid, A., Grace, K. T.
e Warren, N. (2018)

- Os autores desenvolveram 4 conceitos ligados à MGF: dor, ansiedade, equilíbrio entre antigo e novo e isolamento e desrespeito.

Baillet, H., Murray, N.,
Connelly, E., e
Howard, N. (2018)

- Relevância de trabalhar com comunidades para garantir a formulação de políticas e o desenvolvimento de práticas moldadas pelas experiências, necessidades e pontos de vista das pessoas afetadas pela MGF.



Revisão Scoping- Resultados

Johnsdotter, S. e
Essén, B. (2016)

- As mães que escolhem circuncidar as filhas, consideram a prática como uma estratégia de melhorar as perspetivas de futuro da filha.
- Existem mulheres que estão confortáveis com a circuncisão, pelo que deve ser evitado a utilização da terminologia mutilação.

Reig-Alcaraz, Siles-
González, e
Solano-Ruiz (2016)

- A falta de conhecimento do Profissional de Saúde a respeito da MGF, está relacionado com a distinção dos diferentes tipos de MGF, este facto tem consequências graves, tais como a não deteção de mulheres submetidas a MG.



Revisão Scoping- Resultados

Teixeira, A. L., e
Lisboa, M. (2016)

- Os dados do Censo de 2011 indicaram que existiam 13.335 mulheres nascidas em países praticantes de MGF com idades entre os 15-50 anos em Portugal. 89% das mulheres entre os 15-49 anos eram provenientes da Guiné-Bissau (9452 mulheres).

Baldé, C., e Arroyo
Rodríguez, A.
(2019)

- Na cultura Fulbe, tradições como a MGF são práticas comuns que eles mantêm. Para esta comunidade a prática é vista como sagrada na sua esfera cultural, ou seja, um ritual de purificação e de passagem para a idade adulta.



Revisão Scoping- Resultados

Barrett, H. R.,
Brown, K.,
Alhassan, Y., e Leye,
E. (2020)

- Abordagem REPLACE, consiste em intervenções de mudança de comportamento baseadas na comunidade que capacitam membros influentes da comunidade a desafiar as crenças e normas sociais que apoiam a prática da MGF.
- Os resultados indicam que a Abordagem REPLACE tem o potencial, ao longo do tempo, de trazer mudanças nas normas e atitudes associadas à MGF.

Ortensi, L. E., e
Menonna, A.
(2017)

- A estratégia para lidar com a MGF é dupla. O primeiro tipo de ações é direcionado aos cuidados de saúde concedidos às meninas e mulheres já submetidas ao MG. O segundo tipo de ação visa a prevenção da prática em meninas de segunda geração e primeiras filhas migrantes não cortadas na faixa etária típica para o corte.



Revisão Scoping- Resultados

González-Timoneda, A., González-Timoneda, M., Cano Sánchez, A., e Ruiz Ros, V. (2021)

- Os participantes do estudo referem que deparam com uma atitudes negativas durante o acesso aos serviços de saúde nos países de acolhimento e, para alguns participantes, a linguagem usada pelos profissionais de saúde foi vista como assustadora ou humilhante, as mulheres sentiram-se discriminadas e tratadas com insensibilidade.

Weny, K., Silva, R., Snow, R., Legesse, B., e Diop, N. (2020)

- Os dados disponíveis indicam que não houve progresso na redução do risco de MGF na Gâmbia, Guiné-Bissau, Mali e Guiné-Conacri. A MGF diminui mais rapidamente nas áreas urbanas do que nas áreas rurais.

Revisão Scoping- Resultados

Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A. e Elliott, E. (2015)

- Estudos desta revisão da literatura relataram que profissionais de saúde em países desenvolvidos foram solicitados a realizar MGF em bebés ou meninas, ou a fornecer informações sobre onde fazer o procedimento.
- Profissionais de saúde de países desenvolvidos indicaram que apoiariam relutantemente a reinfibulação de mulheres de países onde a MGF é costume para proteger a mulher de ser marginalizada na sua comunidade.

Van Baelen, L., Ortensi, L. e Leye, E. (2016)

- Análise secundária de dados do censo da UE de 2011 extrapolam que das 1.353.970 mulheres e meninas na Europa com 10 anos ou mais, provenientes de 1 dos 30 países onde a MGF está documentada, cerca de 578.068 foram submetidas a esta prática.



Intervenção do EEESMO

O EEESMO possui um core de competências, transversais à vida reprodutiva da mulher, que lhe permitem uma posição privilegiada, entre os profissionais intervenientes no processo de sensibilização, prevenção e eliminação da MGF.



Intervenção do EEESMO

- O profissional de saúde deve ter as competências e os conhecimentos para saber identificar o tipo de MGF.
- Este achado deve ficar registado no processo clínico e no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e, se possível, desenhar o aspeto da vulva para evitar a repetição da observação ginecológica.
- A Orientação nº 008/2021 da DGS e o Manual "Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde", constituem os referenciais técnicos cujos fluxogramas de atuação devem ser seguidos pelos profissionais de saúde na abordagem a esta temática.
- Para o diagnóstico da MGF é necessário perguntar, de uma forma culturalmente sensível, se a mulher foi sujeita a esta prática, utilizando expressões como "cortada", "submetida à tradição", ou "fanado" e **não usar a palavra "mutilada"** (DGS, 2021).



Intervenção do EEESMO

- As melhores intervenções serão as que fomentarem uma mudança de atitude (social e individual) face à sexualidade e ao papel da mulher na sociedade, sem esquecer que os homens são essenciais para mudança de comportamento, pelo que, é importante inclui-los nas ações a promover.
- Na abordagem às mulheres vítimas de MG é essencial estabelecer uma relação de proximidade.



(DGS,2018)



Intervenção no período pré-natal

- ❖ Se a MGF for tipo I, II ou IV, e permitir a observação ginecológica, a vigilância da gravidez é semelhante à de outras grávidas de baixo risco;
- ❖ Se houver obstrução ou tecido fibroso, a mulher deve ser encaminhada para o hospital de referência o mais precocemente possível para a desinfibulação;
- ❖ A desinfibulação deve ser feita no 2º trimestre, por volta das 20 semanas de gestação.



Intervenção do EEESMO durante o trabalho de parto

A avaliação cervical das mulheres infibuladas é difícil, às vezes impossível;

A desinfibulação é importante para a avaliação adequada do trabalho de parto ou, se necessário, a colocação de um cateter de drenagem vesical;

- ✓ Mulheres com MGF tipo III recomenda-se a desinfibulação, a realizar no segundo estágio do trabalho de parto durante uma contração e sob anestesia epidural;
- ✓ Mulheres previamente desinfibuladas, aconselha-se a episiotomia.

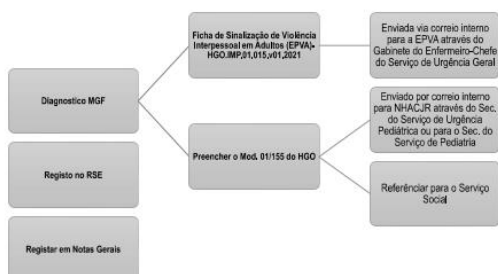


Intervenção no período pós-natal

- ❖ Explicar claramente aos pais/representante legal e restantes familiares que, no país, a realização de uma MGF é crime e que os atos preparatórios da MGF também são punidos; salientado que se pretende ajudar a família a evitar as consequências para a saúde associadas à MGF, assim como as suas consequências legais e judiciais
- ❖ Estabelecer um plano de intervenção e apoio à família pelos profissionais de saúde da unidade onde é realizada a vigilância de saúde da criança com ou sem apoio do Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco
- ❖ Acompanhar o plano de intervenção à família



Fluxograma de atuação



SINALIZAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ADULTOS

1. DADOS

Nome do doente: _____

Idade: _____

2. QUER IDENTIFICAR A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA?

☐ Não ☐ Sim

3. VAS NUNCA ENCONTRE PARTICULARES

4. AGRESSÃO FAMILIAR (COM QUEM VIVE)

5. ANTECEDENTES FÍSICOS

6. ANTECEDENTES FAMILIARES SUGERINDO



SINALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

1. ORDEM DA SINALIZAÇÃO

2. CENÁRIO DA SINALIZAÇÃO

3. MORADA ATUAL (ou morada ou contacto)

4. COM QUEM VIVE A CRIANÇA?

5. ACOMPANHANTE

6. MIE

7. PAI

8. ANTECEDENTES FAMILIARES SUGERINDO



Recursos



- ❖ Hospital Garcia da Orta (ponto focal)
- ❖ ACES Almada-Seixal
- ❖ CPCJ- <https://www.cnpdpj.gov.pt/onde-estao>

Contactos:

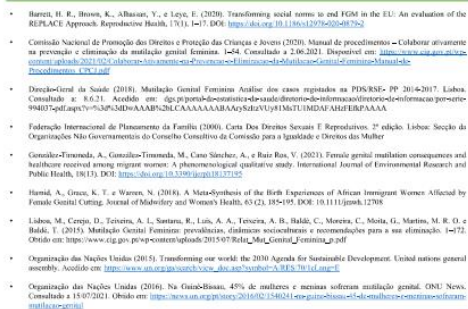
- Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), e-mail: epva@hgo.min-saude.pt
- 800 202 148 - Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica
- 808 222 003 - Sexualidade em Linha (11h00 às 19h00, nos dias úteis e 10h00 às 17h00, aos sábados)
- 808 257 257 ou 218 106 191 - Serviço de Tradução Telefónica entre as 09h e as 19h



- ❖ Prestar cuidados culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população;
- ❖ Envolver a família e adotar uma linguagem adaptada;
- ❖ Evitar o termo mutilação e substituir, por exemplo, pelo termo corte;
- ❖ Demonstrar empatia e confiança;
- ❖ Prevenir a recorrência da MGF através da sinalização para a EPVA e NACJR
- ❖ Registo no Processo clínico e na Registo de Saúde Eletrónico
- ❖ Promover a continuidade de cuidados no internamento de puerpério
- ❖ Referenciar a família aos Cuidados de Saúde Primários



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfRWC6jsV_nHx3FpLrqO1Hzup1Vf_vj1Kq7No1HuLsup2ZMATw/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0



- Organização Mundial da Saúde. Manual de procedimentos – Colúmbio orientando as providências e cuidados da assistência genética formativa. Brasília: OMS/2013. Available at: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1076:colombiano-manual-de-procedimentos-orientando-as-providencias-e-cuidados-da-assistencia-genetica-formativa&Itemid=1076
- Organização Mundial da Saúde. 2020. Ferras genética matriléica. Consultado 15/07/2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ferras-genetica-matriléica>
- Ortiz-Roca C, 08/2021. Organização Mundial da Saúde. Dirección-Geral da Saúde. Orizuela da Dirección-Geral da Saúde. 30/06/2021. Consultado 15/07/2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ferras-genetica-matriléica>
- Otáez, L. E., & Ahumada, A. (2013). Migrating with Special Needs? Perspectives of Latin American Migrants with Genetic Conditions. *Migrations/Transit Europe* 2010-2011. European Journal of Population, 29(4), 379-393. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00133-012-0340-6>
- Parkes, M. E., & Smith, M. K. (2013). Choosing, evaluating, and implementing nursing practice for practice. *Nursing, Theories and Nursing Practice*, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.npr.2013.05.002>
- Palmer, M. J., Galloway, C., Mulholland, P., Metz, Z., Teysa, A., Khalil, H. (2020). *IBF Medical Review Evidence Synthesis*. Chapter 10: Sepsis Review (2020) retrieved. Consultado 22/06/2021. Disponível em: <https://www.bfih.org/ibf-medical-review-evidence-synthesis-chapter-10-sepsis-review-2020/>
- Regulamento nº 78/2019 (2019). Regulamento de competências específicas de enfermeiros especializados em enfermagem de saúde materno-infantil. Diário Oficial da União. Brasília, 27. Setembro 01 43 de 01 de maio de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/007/Resolução_78.htm
- Tesitore, A. L., & Lima, M. (2016). Estreitando as possibilidades de ferras genética matriléica. In *Portugal. Public Health*, 139, 55-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.002>
- Torres, A. M. & Allagood, M. R. (2004). Tópicos de enfermagem de saúde da criança. In *Portugal. Public Health*, 139, 55-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.002>
- Van Haelst, L., Otáez, L. & Ley, C. (2016). Estimates of misdiagnosis women and girls with ferras genética matriléica in the European Union. *European Journal of Population*, 32(1), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00133-015-0280-6>
- Wang, Y., Khan, S., Saeed, R., Khan, M., & Durr, N. (2020). Towards the elimination of FGM by 2030: A statistical assessment. *PLoS One*, 15(12), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238200>
- Zayadeh, Y., Sankaranarayanan, P., Pys, A., & Hrist, E. (2015). Ferras genética matriléica and caring: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0060-0>



