

Booklet de Abordagem Clínica

Grupo de Trabalho em Saúde Sexual e Reprodutiva 2019
Grupo de Trabalho em Saúde Sexual e Reprodutiva 2020

ANEM

Bullying homofóbico e transfóbico

Capítulo redigido por Duarte Tude Graça, LORA AEFML 2019/2020

Revisto por Rede Ex Aequo em 2020

1. O que é?

Bullying Homofóbico e Transfóbico caracteriza-se por atitudes negativas em e em relação a pessoas com expressões e/ou identidades de género não-normativas e/ou não congruentes com o seu sexo e género atribuídos à nascença, podendo variar nas suas formas de expressão, desde insultos, comentários negativos a situações de agressão física.

Ainda assim, isto não quer dizer que só pessoas homossexuais ou trans sejam alvo deste tipo de violência. O nome (homofóbico e transfóbico) advém não necessariamente dos alvos do bullying, mas das motivações deste.

No contexto Português, segundo o “Estudo sobre Bullying Homofóbico nas Escolas em Portugal” (2010), esta forma de violência afeta 42% da juventude lésbica, gay ou bissexual e 85 % dos jovens das escolas portuguesas afirmam já ter ouvido comentários homofóbicos na sua escola.

2. Como detetar?

Num primeiro contacto, o profissional de saúde pode não ter noção da realidade do indivíduo, pelo que, ao realizar o exame objetivo, deve estar especialmente atento a possíveis ferimentos decorrentes de agressão.

O profissional deve ainda ter consciência de que quando esta situação se verifica, os jovens LGBTI+ não se sentem em segurança na sua escola e têm dificuldade em se enquadrar no contexto escolar, por isso, começam a apresentar sinais inespecíficos como dificuldade em dormir, perda de apetite, isolamento social, nervosismo, ansiedade, irritabilidade que podem levar a quadros depressivos com diminuição da auto-estima e podem culminar em abuso de substâncias ou tentativas de suicídio e auto-mutilação.

Associado a todo este quadro, há uma diminuição marcada do rendimento escolar.

Quando a situação se verifica no local de trabalho, é frequente um stress constante que é combatido com o recurso a baixas médicas e abstenção laboral para evitar o ambiente hostil.

3. Como abordar o utente?

Muitos destes jovens têm alguma relutância em relação a recorrer aos serviços de saúde por medo de serem vítimas de discriminação ou não verem a sua confidencialidade respeitada.

Assim sendo, os profissionais de saúde têm um papel fulcral, proporcionando um ambiente seguro, explicitando os pressupostos da confidencialidade e do sigilo profissional.

Deve ser valorizado um estilo empático; ser sensível a sinais verbais e não verbais; ter uma atitude positiva relativamente às temáticas mais abrangentes da sexualidade; estudar o seu contexto e encontrar, sempre que possível, mecanismos de suporte social e familiar para lidar com a situação. De forma a respeitar e proporcionar os melhores cuidados, o profissional deve questionar de maneira natural e não-invasiva como o utente quer ser tratado (nome e pronomes), deixando a pessoa à vontade para revelar mais informação ou não caso o deseje de maneira a criar um espaço seguro em que esta possa ser tratada de acordo com a sua identidade.

Caso o utente venha à consulta acompanhado, podes pedir que o acompanhante saia da consulta para que a abordagem ao utente seja mais fácil e tenhas a certeza que esse fator externo não está a colocar qualquer tipo de pressão presencial no utente.

4. O que NÃO DEVE fazer?

Do ponto de vista clínico, é impreterível que não se tente “corrigir” a forma como o jovem se define ou a sua orientação sexual. De ressaltar ainda o dever de não inquirir a não ser que medicamente necessário sobre a sua identidade de género e orientação sexual assim como outras informações que possam causar constrangimento e impedir a criação de uma boa relação médico-doente.

Ao lidar com situações de bullying homofóbico e transfóbico em ambiente escolar, só se devem envolver os encarregados de educação das vítimas, com prévia autorização delas, já que podem não estar a par da situação e contribuir assim para uma dupla violência – escolar e familiar – caso lidem mal com a eventual orientação sexual e/ou identidade ou expressão de género do/a jovem.

5. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

A prevenção e a intervenção precoce em ambiente escolar são essenciais no combate a este tipo de violência, minimizando, assim, possíveis repercussões na vida adulta.

As escolas devem definir canais de comunicação e deteção, identificando o responsável ou responsáveis na escola a quem podem ser comunicadas estas situações

A escola, após ter conhecimento da situação ou quando a observa em ambiente escolar, deve, em articulação com os pais, encarregados de educação ou com os representantes legais, promover a avaliação da situação, com o objetivo de reunir toda a informação e identificar necessidades organizativas e formas possíveis de atuação, a fim de garantir o bem-estar e o desenvolvimento saudável da criança ou jovem.

A nível clínico, o profissional deve ter presente que existem leis como, por exemplo, a Lei 38/2018 que estabelece o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e o direito à proteção das características sexuais de cada pessoa, pelo que deve estar a par dos seus pressupostos para uma melhor orientação, aconselhamento e prestação de cuidados.

6. Que meios de apoio existem?

Sendo a escola o cenário principal deste tipo de atos, há documentos oficiais como o Despacho n.º 7247/2019 que reafirmam a importância da atuação em ambiente escolar e estabelecem alguns pressupostos a seguir na abordagem a estas situações como por exemplo: o direito de usar a casa de banho que lhe for mais confortável; o direito de usar o nome social oficialmente; o dever da escola ensinar sobre questões de orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais e da incentivação de parcerias com entidades LGBTI para estas iniciativas educativas. De realçar que também o Programa do XXII Governo Constitucional prevê medidas de combate a este flagelo.

Quanto aos meios de apoio, estes incluem linhas de apoio como a Linha de Apoio Jovem, a Linha SOS Bullying e a SOS Estudante. Também se poderá recorrer a associações LGBTI que têm fóruns de apoio como a *ILGA* e a *rede ex aequo*.

7. Onde obter mais informação?

- <https://www.rea.pt/>
- <https://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Paginas/default.aspx>
- <https://en.unesco.org/themes/school-violence-and-bullying/homophobic-transphobic-violence>
- <https://dre.pt/application/conteudo/123962165>
- <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>
- *Elipe P, e. (2020). Homophobic Bullying and Cyberbullying: Study of a Silenced Problem. - PubMed - NCBI. Retrieved 10 April 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28569622> [Accessed 09 April 2020].*
- *Lehman, J., Diaz, K., Ng, H., Petty, E., Thatikunta, M. and Eckstrand, K., 2019. The Equal Curriculum. Cham: Springer International Publishing AG, pp.pp 33-55.*
- *Taylor & Francis. 2020. Pre-Service Teachers' Approaches To Gender-Nonconforming Children In Preschool And Primary School: Clinical And Educational Implications. [online] Available at: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19359705.2019.1565791>> [Accessed 09 April 2020].*

Casamento forçado e precoce

Capítulo redigido por Daniela Azevedo, LORA MedUBI 2020

Capítulo revisto por APF-Norte 2020

1. O que é?

Em Portugal, a idade mínima legal para casar é 16 anos, desde que ambas as partes o desejem e tenham a autorização dos responsáveis legais ou, caso esta não seja facultada, essa falta seja suprida pelo Conservador do Registo Civil mediante certos requisitos. O casamento forçado é considerado crime podendo a pena ir até os 5 anos de prisão.

Estamos perante uma situação de casamento forçado/precoce quando uma das pessoas não dá o consentimento livre e válido sobre o casamento ou quando, pelo menos um dos membros tem idade menor do que 18 anos, sendo que habitualmente é a mulher.

Os autores destas atividades criminosas costumam ser os pais ou outros familiares, sendo que uma grande percentagem dos indivíduos afetados sofre violência física/psicológica mesmo antes do casamento.

Sabe-se que esta problemática ainda é bastante relevante a nível global, no entanto, apesar da ausência de dados relativos a este tópico em Portugal, sabemos que é também uma realidade cá, tendo em conta as comunidades de etnia cigana e imigrantes de zonas onde a prática é comum (como África Subsariana e Ásia Meridional).

Um casamento forçado/precoce pode ter vários significados dentro de cada cultura, mas as causas mais comuns para que aconteça são: evitar a gravidez extramarital, razões financeiras, proteger as noivas de violência em locais em que há conflitos ou para fortalecer relações entre famílias. As pessoas com deficiência e pertencentes à comunidade LGBT+ estão em maior risco de sofrer estes eventos.

O impacto para as pessoas nestas situações são frequentemente nefastos, uma vez que esta prática se desenrola quase sempre em locais onde a falta de igualdade de género está enraizada na cultura.

Posto isto, mulheres submetidas a esta prática estão em maior risco de sofrer violência doméstica, contraírem infeções sexualmente transmissíveis, e passarem por problemas nas gravidezes, além de que há com frequência o comprometimento da educação e da independência financeira, o que muitas vezes se repercute em problemas do foro psiquiátrico.

2. Como detetar?

A maior parte das vezes, a vítima não procurará ajuda para o casamento forçado em si, mas sim para outros maus tratos que poderá sofrer, ou para outras situações não diretamente relacionadas.

Raramente a pessoa abrir-se-á sobre o assunto instantaneamente, por isso, na colheita da história, as perguntas certas quando sentimos que a pessoa está a omitir algo, ou não disse tudo o que havia a dizer sobre determinado assunto, podem ser a chave para que nos confidencie uma situação destas.

É fulcral olhar não só para o comportamento verbal, mas principalmente para o não verbal, procurando pistas que indiquem que a pessoa está ansiosa, deprimida ou retraída, sendo estas *red flags* bastante comuns.

a. Na consulta?

Independentemente da especialidade, podemos sempre estar atentos a sinais de alerta tanto no exame físico como na colheita da história clínica.

No exame físico, marcas de auto-mutilação, mutilação genital feminina, sinais indicadores de distúrbios alimentares (atenção às mãos, dentes, cabelo), marcas de agressão, ou qualquer sinal de abuso de substâncias deve chamar à atenção do aluno/profissional. Podem surgir por vezes mulheres com cabelo rapado ou cabelo muito curto sendo esta uma forma de castigo que as famílias podem aplicar quando as vítimas têm comportamentos considerados pouco dignos.

Na colheita da história clínica, temos antecedentes clínicos de: tentativas de suicídio, depressão, distúrbios alimentares e utilização abusiva de substâncias. Nos antecedentes pessoais e sociais da pessoa: violência na família, casamentos forçados/precozes de irmãos ou irmãs, história de fugas de casa, baixo nível de educação (muitas vezes abandono escolar), diminuição do rendimento, pontualidade ou assiduidade na escola ou emprego. Especial atenção a quando referem restrições de liberdade (não ter permissão para frequentar atividades extracurriculares, controlo financeiro irrazoável, opções limitadas de carreira, restrições desproporcionais da liberdade pessoal, etc).

b. Na urgência?

Como já foi referido anteriormente, os motivos comuns que podem levar uma vítima de casamento forçado/precoce ou uma futura vítima a aparecer no serviço de urgência são: tentativa de suicídio, espancamento (muitas das vezes tentam cobrir a história), utilização abusiva de substâncias, gravidez precoce, complicações numa gravidez.

Em algumas culturas, vítimas de violação/abusos sexuais estão em grande risco de serem submetidas a um casamento precoce/forçado sendo esta a forma que a família da vítima utiliza para “salvar a honra” da família e da pessoa.

3. Como abordar o utente?

Os profissionais de saúde devem sempre utilizar a abordagem “*one chance rule*”, sendo que esta assenta no facto que nós podemos só ter uma oportunidade de falar com alguém que esteja em risco, logo, devemos agir se algo não nos parecer bem, podendo assim, potencialmente salvar uma vida.

A nossa abordagem deve ser também centrada na vítima, sendo que todas as decisões lhe devem ser relatadas e com o seu consentimento, de forma a que todos os passos que tomemos sejam orientados sempre pelos seus desejos, escolhas e direitos. Um exemplo que representa isto muito bem é no caso do utente se sentir mais confortável a ser visto por uma pessoa de outro gênero, sendo que não devemos ficar pessoalmente ofendidos, devendo facilitar essa troca, caso seja possível.

Na instância de não falarmos a língua da pessoa, podemos usar as linhas telefónicas da ACM (Alto Comissariado para as Migrações) para nos ajudar a comunicar mais eficazmente com ela. Se desconfiarmos que essa pessoa está a ser vítima de maus tratos, evitar utilizar membros da família como tradutores pois poderão deturpar aquilo que a vítima poderá estar a tentar-nos dizer.

Se suspeitarmos de casamento forçado/precoce é essencial indicar porquê, e ir fazendo anotações daquilo que a pessoa nos diz e dos achados clínicos (mesmo que não sejam relevantes para o motivo que trouxe a pessoa à consulta/urgência).

a. Se este estiver sozinho

Caso a pessoa tenha mais de 18 anos, é importante sempre informá-la sobre os seus direitos legais, como por exemplo a confidencialidade (exceto nos casos em que a pessoa corra perigo).

É crucial ouvir com atenção a história completa, livre de julgamentos e estabelecer uma via segura para que consigam continuar a comunicar com a vítima no futuro, caso ela deseje.

Se o utente estiver a conversar connosco em segredo (ou seja, se mais ninguém souber que está connosco), ter sempre uma desculpa preparada caso alguém que conheça a vítima a veja e possa comprometer a segurança dela ao ir informar o perpetrador.

Se estiver predisposto a uma intervenção

Se a vítima admitir que está numa situação de casamento forçado, devemos recolher o maior número de informações possível sobre a vítima (contactos, documentos) e sobre a situação em si (ver alínea c) de “Onde Saber Mais”).

A avaliação do risco será feita por um outro profissional treinado nesta área com recurso a ferramentas específicas para este fim.

Advertir sempre a pessoa para ter atenção caso a família deseje visitar a terra natal, ou fazer qualquer tipo de viagem, pode ser um pretexto para raptar a vítima e forçá-la a casar. Pedir à pessoa para ter sempre cuidados extra caso se veja numa situação do género.

Aconselhar também o utente a ter sempre um plano de segurança individual preparado, caso se veja numa situação particularmente nefasta e tenha de sair de casa abruptamente.

Caso haja violência física quer por parte da família, quer por parte do esposo, aconselhar a vítima a documentar os eventos, seja com registos fotográficos, seja com registos clínicos pois poderão ser úteis caso haja mais tarde um processo judicial.

É essencial obter consentimento informado antes de qualquer encaminhamento e podemos ter de acompanhar a vítima ao local para onde a estamos a encaminhar,

Se não estiver predisposto a uma intervenção

Nesta situação, é o nosso dever informar sempre sobre os serviços e opções disponíveis, encontrando-se eles no fim deste *booklet*.

É também nossa obrigação referir que estamos dispostos a ouvir caso a pessoa mude de ideias e pretenda abrir-se connosco.

b. Se este estiver acompanhado

Tentar sempre interagir com a potencial vítima num local seguro e com privacidade pedindo aos acompanhantes para saírem.

4. O que NÃO DEVE fazer?

Se algo não parece estar bem, não se deve hesitar em contactar as entidades apropriadas.

É essencial não quebrar a confidencialidade do utente com pessoas da comunidade ou da família. Mesmo que não seja alguém da família e apareça alguém com bom pretexto para pedir informações sobre a pessoa, não devemos confiar porque pode ter sido enviado

pelos perpetradores de forma a saber onde a vítima se encontra ou outras informações que poderão pôr em perigo a vida do utente.

Não tentar nunca qualquer forma de mediação/reconciliação entre a vítima e os membros da família.

5. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

Independentemente da situação, caso nos deparemos com uma potencial vítima com menos de 18 anos, é nossa obrigação comunicar o caso à CPCJ local (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens) ou outras entidades responsáveis (GNR, PSP, PJ, etc) e colocar em prática medidas para salvaguardar a criança.

Caso tenham sido cometidas infrações legais, acionar as identidades responsáveis para tal.

6. Que meios de apoio existem?

Em Portugal não existem organizações que prestem apoio específico a esta problemática. No entanto, conforme o caso em particular, uma destas entidades poderá ajudar.

Departamentos Governamentais:

- ACM (Alto Comissariado para as Migrações) - oferece serviços como: centro nacional de apoio à integração de migrantes, rede de centros locais de apoio à integração de imigrantes, linha de apoio a migrantes e serviço de tradução telefónica e apoio à integração de pessoas refugiadas;
- Conselho Português para os Refugiados - oferece apoio social e apoio jurídico;
- CIJ (Comissão para a Igualdade e Cidadania) - oferece serviço de informação às vítimas de violência doméstica, serviço de transporte de vítimas de violência doméstica, serviço de informação jurídica e apoio psicossocial;
- Comissão Nacional para a Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens, Direção Geral da Segurança Social – oferece serviços como: rede de casas de abrigo para vítimas de violência doméstica e linhas de apoio;
- Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública e Polícia Judiciária.

Organizações Não Governamentais:

- APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) – oferecem serviços como: a linha de apoio à vítima, gabinetes de apoio à vítima, onde oferecem apoio jurídico, psicológico e social, casas de abrigo destinadas ao acolhimento de mulheres vítimas de violência doméstica e dos seus filhos e um centro de Acolhimento para mulheres vítimas de tráfico humano, rede de apoio a crianças e jovens vítimas de violência sexual e rede de apoio a vítimas migrantes e de discriminação;
- APF (Associação para o Planeamento da Família) - oferece linhas de apoio como a linha opções e a linha sexualidade, consultas de sexologia e gabinetes de Apoio Para Jovens;
- CERCIAG (Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades de Águeda) – tem uma casa de abrigo para mulheres vítimas de violência com deficiência e/ou incapacidade;

- Cruz Vermelha Portuguesa – têm disponíveis: uma casa de abrigo e acolhimento para mulheres vítimas de violência, centros de atendimento e apoio a vítimas de violência, proteção por teleassistência a vítimas de violência doméstica e transporte de vítimas de violência doméstica e dos seus filhos.

7. Onde obter mais informação?

- *EU FEM ROADMAP* (Roteiro da UE para referenciação sobre o casamento forçado/precoce para profissionais de 1ª linha); *Child Marriages: Still Too Many – European Union*; *Forced Marriage Practitioner Guidance - update 2014 – Scottish Government*.

Contraceção

Capítulo redigido por Maria João Granjo, LORA NEM/AAC 2019/2020

Revisto por Sociedade Portuguesa de Contraceção 2020

1. O que é a contraceção?

A sociedade tem por hábito atribuir ao homem a responsabilidade de ter sempre um preservativo consigo, assim como à mulher, a responsabilidade de tomar a pílula e não engravidar acidentalmente.

Atualmente o bom senso leva-nos a uma outra corrente de pensamento: todos devemos saber o que são direitos sexuais e promoção de saúde.

Incluída está a contraceção (e todos os métodos disponíveis), a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST), o acesso ao aborto seguro, cuidados de saúde na gravidez e parto, e o respeito dos direitos individuais no qual se inclui a prevenção da violência.

Quando especificamente abordamos o tema “Contraceção”, falamos de escolha do método, de forma individual e sempre respeitando as expectativas e segurança.

Não existe apenas um método para todas as mulheres e homens, mas sim diferentes métodos que se adaptam a diferentes mulheres e homens, diferentes fases de vida e condições de saúde.

2. Que métodos contraceptivos existem?

Existem métodos contraceptivos masculinos e femininos.

Masculinos

Atualmente existem apenas dois métodos contraceptivos masculinos, sendo um deles irreversível:

- O preservativo, um método barreira que previne as IST e gravidezes não planeadas, tem baixo custo e é fácil de utilizar.
- A vasectomia, método irreversível, é um procedimento cirúrgico realizado em ambulatório com anestesia local, bilateral e de curta duração destinado a homens que tenham o seu projeto reprodutivo terminado. A esterilização não é imediata nem infalível (risco de falência até 0,05%), a confirmação apenas ocorre após um exame (espermograma) realizado uns meses após o procedimento. Nenhum destes métodos afecta a líbido ou o desempenho sexual.

Femininos

As mulheres têm mais variedade no método contraceptivo à sua escolha. Neste ponto iremos separar os métodos contraceptivos em duas categorias:

Alguns dos mais utilizados:

Tipo \ Freqüência	Freqüência					
	Diário	Semanal	Mensal	Trimestral	3 anos	5 anos
Pílula Combinada	■					
Pílula Progestativa	■					
Anel vaginal			■			
Adesivo		■				
Implante Hormonal						■
DIU/SIU					■	■
Injeção Progestativa				■		

***DIU/SIU pode ter freqüência também de 7 e 10 anos**

- **Pílula Combinada:** A pílula é tomada diariamente, durante 21 ou 28 dias (dependendo do tipo de pílula). O primeiro comprimido é tomado no primeiro dia do ciclo, ou seja, no primeiro dia da menstruação. É importante tomar a pílula todos os dias à mesma hora e não esquecer nenhuma toma, já que a sua eficácia não está garantida em caso de esquecimento.
- **Pílula Progestativa:** A pílula com progestativo, sem estrogénio, é tomada diariamente durante os 28 dias do ciclo. A sua utilização é contínua, não existindo semana de intervalo. É importante tomar a pílula à mesma hora.
- **Anel Vaginal:** O anel permanece encostado na parede vaginal e a sua colocação é idêntica à de um tampão. A sua inserção não é complicada, actualmente existem métodos que facilitam a mesma. Quando estiver numa posição confortável, deverá permanecer assim durante 3 semanas. Após este período deverá ser removido durante 1 semana, altura em que a menstruação deverá surgir, e posteriormente, reiniciar a rotina. Fabricado em plástico flexível e, uma vez colocado, liberta lentamente um progestativo e estrogénio no organismo. As hormonas impedem os ovários de libertarem óvulos, e também provocam o espessamento do muco cervical, dificultando a mobilidade dos espermatozóides.
- **Adesivo:** Semelhante a um penso rápido, é colado na pele e liberta hormonas que entram na corrente sanguínea através da pele. Aplica-se directamente na pele, na parte inferior do abdómen, nas nádegas, na parte superior do braço ou nas costas. Após 3 semanas do seu uso, retira-se durante uma semana (deverá aparecer a menstruação), e depois repete-se a rotina. Se descolar ou cair durante o uso, deverá consultar o folheto informativo do mesmo, ou consultar o seu médico. As hormonas impedem os ovários de libertarem óvulos, e também provocam o espessamento do muco cervical, dificultando a mobilidade dos espermatozoides.
- **Implante Hormonal:** O implante libertará hormonas por um período máximo de três anos, por isso é uma boa escolha para as mulheres que desejam um método contraceptivo fiável e de longa duração. Após a sua remoção, que pode ocorrer quando a mulher desejar retomar a sua fertilidade, retira-se o implante e os seus efeitos desaparecerão. É um pequeno bastonete de plástico flexível que contém um reservatório de progestativo, constantemente libertado no organismo. A hormona impedirá os ovários de libertarem óvulos, e provocará o espessamento do muco cervical, dificultando a mobilidade dos espermatozóides.
- **DIU/SIU:** o SIU (sistema intrauterino) é um pequeno dispositivo flexível em forma de T que contém um reservatório com um progestativo e que é inserido no útero por um médico ou enfermeiro. O sistema liberta lentamente o progestativo, provocando a redução da espessura do revestimento do útero e o espessamento do muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozóides. O DIU (dispositivo intrauterino) é um pequeno dispositivo em forma de T, que contém um fio de cobre. Este dispositivo liberta iões de cobre (e não hormonas) que imobilizam os espermatozóides, impedindo-os de fertilizar o óvulo. Se um espermatozóide conseguir passar, o cobre também impede o óvulo fertilizado de se implantar no revestimento do útero.

- **Preservativo Feminino:** pode ser colocado até 8 horas antes do coito e protege contra as IST, mais caro que o masculino e durante o primeiro ano tem uma taxa de 5% a 20% de falhas, devido a uma má colocação. Tal como o preservativo masculino, deve ser ensinada a sua correcta colocação.
- **Laqueação das Trompas de Falópio:** esterilização da mulher. A laqueação é o bloqueio definitivo das Trompas de Falópio, é um procedimento invasivo realizado com anestesia geral e implica algum tempo de recuperação.
- **Métodos Naturais:** Têm uma taxa de eficácia mais baixa. Exigem treino: observação do ciclo da mulher, ter ciclos regulares ou controle na ejaculação (no caso do coito interrompido). Devido a isso, tem uma eficácia mais baixa, sobretudo entre a população mais jovem.
- **Contraceção de Emergência:** é uma forma de prevenir uma gravidez indesejada, após uma relação sexual não protegida. Não protege de IST. Não interrompe gravidezes em curso (impede/bloqueia a ovulação; impede a fertilização e nidação).

Não é tão eficaz como os métodos hormonais de uso regular. É de venda livre pelo que elegível para todas as mulheres.

Contraceção de emergência:

Hormonal (também conhecida como pílula do dia seguinte):

- Pílula com Acetato de Ulipristal: venda livre em farmácia, toma única, até 120 horas (5 dias) após a relação sexual de risco - **a mais eficaz;**
- Pílula com Levonorgestrel: venda livre, toma única, até 72 horas (3 dias) após a relação sexual de risco.

DIU - Dispositivo Intrauterino com Cobre

- A sua colocação deve ser o mais cedo possível, no máximo até 120 horas (5 dias) após a relação sexual de risco. Deve ser um profissional com as competências adequadas a fazê-lo, respeitando os critérios de elegibilidade para o uso de DIU.

3. Qual ou quais os métodos contraceptivos que protegem de IST?

Os únicos métodos que protegem de IST são os de barreira, o preservativo masculino e feminino.

4. Como abordar o utente?

1. Auscultar e informar sobre as opções possíveis.

Ouvir as necessidades, tipo de vida profissional (incluindo a presença de horários regulares), expectativas e necessidades da utente/casal.

Informar resumidamente sobre os métodos disponíveis.

Eleger em conjunto os possíveis métodos.

2. Fazer uma história clínica investigando o estado de saúde e a presença de factores de risco tromboembólicos

Excluir métodos não seguros

3. Verificar a presença de vantagens médicas não contraceptivas que melhorem a qualidade de vida e garantam continuidade no uso do método (exemplo

necessidade de controle de menorragias, dismenorreia, síndrome pré-menstrual)

Eleger o método final (com o envolvimento da utente)

Reavaliar a 3 meses.

5. O que NÃO DEVE fazer?

Profissionais de Saúde

Não discriminar e julgar. Manter atitude profissional sem autoritarismo (ouvir, informar e aceitar opinião)- a contraceção é uma escolha individual.

Utente

Uma pessoa não deve tomar contraceptivos hormonais porque alguém conhecido toma. Estes devem ser adaptados a cada pessoa, às suas características e estilo de vida. Não se deve guardar o preservativo em locais em que a temperatura seja superior à ambiente, como por exemplo, carteiras/porta-moedas que costumem ser guardadas(os) no bolso. A qualidade fica comprometida.

6. Mitos

Usar dois preservativos aumenta a protecção.

Falso. Quer seja um preservativo feminino ou masculino, não é uma boa ideia. O atrito pode causar danos ao preservativo. Se tiver receio que o preservativo não seja suficiente como método contracepcional, há outras alternativas a explorar com o devido apoio médico, como a pílula, o DIU ou SIU, anel vaginal e outras acima mencionadas.

É possível usar um preservativo dentro de água.

Verdadeiro. Mas, é importante que este seja colocado antes de entrar na água. Contudo, se a água tiver substâncias como cloro, sabão, óleo ou espuma para banho, isso pode afetar o látex.

O preservativo protege-me contra o herpes genital.

Não Completamente Verdade. A probabilidade de transmissão é menor, mas o contágio pode de facto ocorrer. Durante o contacto sexual (vaginal, anal ou oral) as áreas que se encontram desprotegidas estarão em contacto directo com a pele de ambos. Para que haja transmissão é necessário que o vírus esteja activo, é importante lembrar que por vezes pode ser assintomático ,não é por não ter sintomas que se encontra inactivo.

O anel vaginal incomoda durante as relações, posso retirá-lo só nessas alturas?

Não. O anel fica colocado no fundo da vagina, não deverá incomodar, e se de facto acontecer, deve procurar um outro método contraceptivo. O anel não deve ser retirado durante as relações sexuais .

Lembrar-me de tomar a pílula é muito difícil!

Sugestão. Hoje em dia existem aplicações que ajudam a lembrar quando é a hora! Uma sugestão, porque não usar o clássico alarme do telemóvel ou relógio ?

Usar o anel vaginal é aborrecido, nunca sei quando está na altura de trocar.

Sugestão. Não há problema! Existem aplicações para o telemóvel que ajudam a lembrar quando é a altura de comprar um novo anel, de retirar, de colocar...

É seguro usar a pílula do dia seguinte mais do que uma vez num mês?

É verdade mas... Pode se repetir a pílula de emergência com levonorgestrel no mesmo mês. Perante a necessidade de repetir o uso de contraceptivo de emergência, deve-se rever o contraceptivo de uso regular.

Os métodos de contraceção interferem na fertilidade?

Falso. Os métodos de contraceção hormonais e não hormonais reversíveis não tem influência na fertilidade.

As mulheres sem filhos e jovens não podem usar contraceção intrauterina (SIU ou DIU).

Falso. O uso de contraceção intrauterina não aumenta o risco de doença inflamatória pélvica. O comportamento sexual com múltiplos parceiros e sem uso de preservativo é que acarreta riscos.

7. Onde obter mais informação?

É importante referir que a melhor forma de se esclarecerem estas questões e muitas outras, é falar com um profissional de saúde, marcar consulta de planeamento familiar no centro de saúde ou ginecologista. Os menores têm acesso ao uso de métodos de contraceção sem necessidade de autorização dos pais ou representantes legais. Apenas o acesso ao aborto requer autorização parental para menores de 16 anos. Estas consultas podem ser marcadas no centro de saúde, de forma gratuita para os jovens que queiram iniciar a sua vida sexual de forma responsável, não sendo obrigatória a presença dos pais ou representantes legais. Em caso de dúvida perante um método utilizado, existe sempre uma bula associada.

- <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>).
- <https://www.contracecao.pt/>
- <https://www.spdc.pt/index.php/documentacao/materiai>
- <http://www.apf.pt/>
- <https://www.descomplica.pt/>

Identidade e Expressão de Género

Capítulo redigido por Inês Teixeira, LORA NEMUM 2020, e Francisco Frutuoso, LORA AEICBAS 2019/2020

Capítulo revisto por ILGA 2020

1. O que é a identidade de género? E a expressão de Género?

A identidade de género está definida como a percepção intrínseca de uma pessoa ser homem, mulher, ou de ter alguma identidade alternativa não-binária podendo, ou não, corresponder ao sexo atribuído à nascença, representando uma experiência subjetiva e estando o direito à identidade pessoal salvaguardado na Constituição da República Portuguesa.

Assim sendo, o género é o conjunto de características que, dependendo da sociedade e contexto, são atribuídas a homens e mulheres.

Já o sexo é uma característica atribuída à nascença, baseada na aparência dos órgãos genitais externos, bem como no cariótipo.

A Expressão de Género define-se através da forma como cada pessoa manifesta a sua identidade de género, sendo culturalmente subjetiva e lida como tal através da aparência física, da linguagem e dos comportamentos de interação.

Por sua vez, o papel de género, refere-se aos comportamentos, atividades e outros atributos que são socialmente construídos, sendo tradicionalmente entendidos como femininos ou masculinos.

A não conformidade de género ou variabilidade de género refere-se ao grau em que a identidade, o papel, ou a expressão de género difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo.

2. O que significa ser trans? E cis?

Uma pessoa transexual, ou trans, tem uma identidade de género que não corresponde ao sexo que lhe foi atribuído à nascença. Um homem transexual tem, por exemplo, uma identidade de género masculina, e o sexo atribuído à nascença foi feminino.

Já um indivíduo cisgénero terá, então, uma identidade de género correspondente ao sexo que lhe foi atribuído à nascença.

Designa-se por transição de género o processo em que um indivíduo altera os seus caracteres sexuais primários e/ou secundários para serem concordantes com a sua identidade de género.

Não existe uma relação entre transexualidade e homossexualidade: a identidade de género é um conceito independente da orientação sexual. O que têm em comum é serem categorias que geram discriminação por parte da sociedade.

Também é relevante salientar que uma pessoa trans, para se considerar como tal, não tem de sentir desconforto no seu corpo ou na sua expressão de género, nem tem de ativamente perseguir formas de alterar os seus caracteres sexuais, ou a forma como se apresenta. As pessoas trans encontram diferentes formas de adaptar as suas expressões de género e o seu corpo à sua identidade de género.

Uma pessoa de género não binário ou não conforme, é alguém cuja identidade de género não “encaixa” no binário masculino-feminino, ou que rejeita estes extremos e aborda uma visão espectral do género.

A expressão *genderqueer* engloba todas estas nuances e . pessoas

3. O que é disforia de género?

A disforia de género é o desconforto ou mal estar persistente causado pela discrepância entre a identidade de género duma pessoa e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento (e o papel de género associado e/ou características sexuais primárias e secundárias). Esta não é uma condição de ser trans, mas é algo que pode advir deste, e cabe à pessoa e, eventualmente, aos/às profissionais de saúde que o/a acompanham (tal como familiares, amigos/as, pares) procurarem estratégias de diminuir este desconforto.

É neste tópico que recaem muitos mitos acerca de ser trans ou inconformado com o seu género. A disforia é um distúrbio, mas não uma doença - é algo que a pessoa pode combater, mas não uma característica da pessoa ou da sua identidade. É um processo de emoções e sentimentos que é passível de um diagnóstico e de tratamento, apoio e soluções. A disforia não permite, no entanto, a estigmatização ou privação de direitos civis, sendo importante referir que a disforia de género foi retirada, no ano de 2018, da classificação de transtorno mental pela OMS.

4. Como abordar o/a utente com disforia de género?

A discriminação da pessoa *genderqueer* é prevalente e bem reportada. Existem vários relatos de discriminação no SNS, sendo que a maioria dos/as participantes trans (69%), não é acompanhado em serviços de saúde.

Quando sondados/as acerca das razões para tal, incluem-se: desconhecimento dos serviços ou profissionais de saúde aos quais se devem dirigir; receio de falar sobre a sua identidade de género ou transexualidade com profissionais de saúde; ou receio de ser tratado/a de forma discriminatória ou menos adequada pelos/as profissionais.

É preciso saber que as pessoas trans constituem um grupo com necessidades de saúde que, para além das que são comuns à generalidade da população, têm um conjunto de especificidades que devem ser tomadas em consideração no âmbito da prestação de cuidados.

Assim sendo, aqui ficam algumas recomendações do que fazer:

- Comunicar sem receio;
- Utilizar os pronomes adequados, perguntando logo de início como quer ser tratado/a;
- Aceitar como a pessoa se identifica;
- Escutar a pessoa, os seus problemas e as suas angústias, sem sentir ou demonstrar desconforto;
- Questionar acerca de medos ou angústias que sinta;
- Deixar a pessoa à vontade para que possa contar um pouco mais sobre a forma como encarou todo o processo, caso seja sua vontade;
- Revelar respeito pelos/as utentes, independentemente das suas expressões de género e da sua identidade de género (não as patologizar);
- Prestar os cuidados de saúde (ou encaminhar para colegas melhor preparados) orientados para a diminuição do mal-estar provocado pela disforia do género;
- Manter-se informado/a acerca das necessidades de saúde das pessoas trans, nomeadamente dos benefícios e dos riscos das diferentes opções de tratamento.

5. O que NÃO DEVE fazer?

Existem certos erros comuns,,cometidos por profissionais de saúde, que podem causar ansiedade, desconforto, ou desconfiança da pessoa utente para com o/a prestador de cuidados. Alguns destes erros são:

- Utilizar género e sexo como sinónimos, ou demonstrar desconhecimento ou preconceito nesta área;
- Tecer suposições acerca da identidade de género ou orientação sexual da pessoa a partir da sua expressão de género;
- Não questionar a pessoa acerca dos seus pronomes preferíveis;
- Fazer suposições acerca do desejo da realização de um processo cirúrgico/hormonal ou até mesmo outros aspectos em relação à transição;
- Comentários desagradáveis que descredibilizem o processo de transição ou de reconhecimento de identidade de género do utente;
- Pressionar a pessoa a falar de assuntos de que não se sente à vontade.
- Assumir que as pessoas trans não têm, ou não pretendem vir a ter, um projeto de parentalidade.

Nem todas as pessoas trans têm necessidade e possibilidade de fazer transição cirúrgica, não obstante, esse não deve ser motivo de discriminação à sua identidade. De forma geral, todo o trans quer ser tratado e respeitado pelo género a que sente pertencer.

6. Como ajudar/encaminhar para outras entidades especializadas?

De salientar que qualquer pessoa com uma identidade de género não normativa ou que não corresponda ao género atribuído à nascença, deve ser encarada como uma pessoa com direitos, e não necessariamente como alguém doente.

O encaminhamento para outras entidades especializadas deverá ser feito sobre a forma de conselho e de sugestão, procurando não transmitir à pessoa que se mostra pouco interessado/a pelas suas questões de género. O/a profissional de saúde deverá, então, fornecer os contactos necessários ao/à paciente para que este/a consiga descobrir as respostas e ter o apoio que procura.

7. Que meios de apoio existem?

Há imensas associações e entidades LGBTQ+ que se especializam no apoio a pessoas de género não conforme,, trans, ou *gender queer*.

Estas associações têm vários recursos e acesso a profissionais de saúde cujo contacto pode ser benéfico para estas pessoas. De entre estas associações salientamos: ILGA Portugal e a Rede ex aequo.

No entanto, o melhor dos apoios será sempre o do/a próprio/a profissional de saúde, que deve revelar conhecimento e acima de tudo respeito pelas questões apresentadas pela pessoa que o consulta.

8. Onde obter mais informação?

- ILGA Portugal - <https://ilga-portugal.pt/>
- Rede ex aequo - <https://www.rea.pt/>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) - Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de género (Versão 7, 2011). (https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf)

- <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>
- <http://www.apf.pt/sexualidade/identidade-e-orientacao-sexual>
- <https://www.glaad.org/reference/transgender>
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30485050/?from_term=gender+expression&from_filter=pubt.review&from_pos=1

Infeções Sexualmente Transmissíveis

Capítulo redigido por GTSSR 2019

Capítulo revisto por Abraço 2020

1. O que são as IST?

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são infeções contagiosas, causadas por múltiplos agentes que se transmitem, maioritariamente, através do contato sexual. A maioria dos casos não apresenta manifestações clínicas durante um longo período.

2. Quais as IST mais conhecidas?

- VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HPV - Vírus do Papiloma Humano
- Clamídia
- Gonorreia
- Hepatite B e C
- Sífilis
- Herpes genital
- Tricomoníase

3. Quais os meios de transmissão de ISTs?

As IST podem ser transmitidas de variadas formas, entre elas:

- Relações sexuais vaginais, desprotegidas, entre mulher e homem (o pénis é introduzido na vagina sem preservativo, seja este interno ou externo)
- Relações sexuais anais, não protegidas, entre mulher e homem ou entre dois homens (o pénis é introduzido no ânus sem preservativo)
- Relações sexuais orais (quando a vagina, o clitóris ou o pénis estão em contacto directo com a boca do parceiro/a, sem uma barreira protectora) - apenas algumas ISTs.
- Partilha de brinquedos sexuais.

Casos específicos:

- VIH/SIDA - transmissão pelo sangue, sémen e fluídos vaginais. Pode ocorrer transmissão do vírus, da mãe para o feto, durante a gestação.
- Clamídia e Gonorreia- transmissão apenas pela via sexual e durante a gravidez.
- Hepatite B - uma das IST mais contagiosas. É transmitida através de fluídos genitais (sémen e vaginais) e corporais (saliva, sangue, urina e leite materno). Pode ainda ser transmitida através do contacto pele com pele.
- Hepatite C - a transmissão por via sexual é possível, mas não é frequente. A maior parte da transmissão é por via sanguínea.
- Sífilis - transmite-se através da prática sexual desprotegida e pelo contacto com feridas causadas pela doença.
- Herpes Genital - transmissão através do contacto com as lesões causadas pelo vírus ou pelas suas secreções.
- Tricomoníase - transmissão exclusiva pelo contato sexual.

4. Como posso aconselhar para a prevenção de transmissão de ISTs?

A melhor forma de prevenir a propagação e infecção por estas infeções, é investir na prática de sexo seguro. Para tal, é imprescindível sensibilizar e promover a utilização do

preservativo que, apesar da diversidade de contraceptivos, é o método mais eficaz na proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis, a par da abstenção.

É importante referir que existem dois tipos de preservativos que se adequam às especificidades e preferências de cada indivíduo.

- **Preservativo Externo** - usualmente é feito de látex, sendo que atua como barreira. Impede não só a fecundação como também a transmissão de todas as ISTs (ainda que existam algumas passíveis de serem transmitidas apenas pelo contacto cutâneo). Para que seja eficaz este deve ser utilizado corretamente, desde o início da relação sexual, com o pénis ereto e antes de qualquer contacto genital. Deverá ser retirado logo após a ejaculação, ainda com o pénis em ereção, para evitar que fique retido na vagina ou que derrame. Após a sua utilização deverá dar-se um nó na abertura, para impedir que o esperma saia. Deve ser colocado no lixo.
- **Preservativo Interno** - é feito à base de Nitrilo, tem uma forma tubular. Deve ser colocado no interior da vagina ou ânus e nunca deve ser utilizado em simultâneo com outro preservativo, sob risco de rutura. Apesar deste preservativo proteger o utilizador das IST, este revela-se menos eficaz uma vez que está mais associado a um maior número de erros de utilização.
 - Como se utiliza?
 - Segurar o preservativo com a extremidade aberta voltada para baixo;
 - Comprimir o anel flexível do lado fechado de forma a torná-lo oval;
 - Com a outra mão, afastar os lábios da vulva;
 - Inserir o anel e o preservativo na vagina;
 - Empurrar o anel o mais profundamente possível;
 - Inserir um dedo por dentro do preservativo até tocar a parte de baixo do anel,
 - Empurrar o anel para trás do púbis;
 - Assegurar de que o anel externo e parte do preservativo estão fora da vagina e sobre a vulva;
 - Verificar se o pénis penetra no interior do preservativo.
 - No final da relação sexual, torcer o anel externo e puxar delicadamente o preservativo para fora.
 - Retirar logo após a ejaculação, para que não escorra o líquido seminal para dentro da vagina.

A obtenção de preservativos tanto internos como externos pode ser feita, gratuitamente, nas unidades de cuidados de saúde primários, bem como unidade de Atendimento a Jovens. Paralelamente podem ser comprados em farmácias, supermercados, lojas de artigos sexuais ou máquinas de venda

Outras formas de prevenção passam pela utilização de métodos barreira, também no sexo oral, além do sexo vaginal ou anal, bem como a vacinação nomeadamente para o HPV e Hepatite B. O uso de brinquedos sexuais não partilháveis também é uma forma de reduzir a incidência das IST, uma vez que se trata de uma prática sexual sem contato com as mucosas.

Outra medida de extrema importância é a deteção precoce de possíveis problemas nos próprios indivíduos e nos respetivos companheiros através da realização de rastreio.

No que concerne especificamente ao HIV é importante referir que existem formas de prevenção alternativas ao uso do preservativo, que devem ser usadas apenas em casos específicos.

- **Profilaxia Pré-Exposição** - este é um medicamento que é tomado antes do comportamento de risco e que funciona como método preventivo, não devendo este ser encarado de forma isolada, uma vez que apenas protege contra o HIV. Deve ser utilizado apenas por HIV negativos, em situações de parceiros serodiscordantes, em homens que têm sexo com homens e em utilizadores de drogas injetáveis.
- **Profilaxia Pós-Exposição** - tratamento antirretroviral iniciado imediatamente após a exposição ao VIH, com a duração aproximada de um mês, por forma a evitar que o vírus se aloje no sistema imunitário. Se eficaz, evita que a infeção se aloje.

5. Como dar a notícia que o utente tem uma IST?

Abordar um utente com a notícia de que este possui uma IST é uma árdua tarefa, sendo que cabe ao médico fazê-la da melhor e menos danosa forma possível. Para que tal seja possível este deve usar o modelo **SPIKES** para gerir esta situação de elevada carga emocional:

- **S-Setting** – preparar o contexto (escolher o melhor local para o fazer, bem como assegurar todas as condições de privacidade);
- **P-Perception** – perceber o que o utente já sabe;
- **I-Invitation** – interpretar o que o utente quer saber e de que forma está disposto a ouvir a notícia;
- **K-Knowledge** – partilhar a informação (devemos iniciar com um “aviso” para que depois possamos adequar o restante discurso tendo em conta a reação do utente. Deve optar-se por frases curtas pois permitem uma melhor assimilação). - p.e. Infelizmente tenho uma má notícia...”;
- **E-Emotions** – permitir que o utente expresse as suas emoções, validando o seu sofrimento com empatia. O médico deve respeitar o silêncio e a dor do utente. Quando pronto, devemos verificar se o utente entendeu corretamente toda a informação que lhe foi dada;
- **S-Strategy** – planear o acompanhamento. É nesta fase que o médico planeia a forma como quer acompanhar o utente e lhe apresenta as possibilidades que tem no que concerne a todos os tipos de apoio que este necessite. É crucial que nesta fase o utente não se sinta sozinho, cabendo ao médico reunir as condições para que este se sinta apoiado.

No caso do diagnóstico de HIV, é crucial que o médico transmita ao seu utente que apesar de ser uma doença sem cura, existe tratamento muito eficaz, sendo que mediante o cumprimento rigoroso do mesmo, as perspectivas de sobrevivência são elevadas. Deve ainda desmistificar perante a pessoa, que as alterações físicas causadas pela medicação já não ocorrem e que, apesar do diagnóstico, esta pode (e deve) continuar a sua vida sexual, não deve afastar-se de quem gosta e, no caso das mulheres, pode ter filhos sem que ocorra transmissão.

É missão de quem diagnostica, aconselhar que se estabeleça um contacto com os últimos parceiros sexuais do utente, para prevenir infeções desconhecidas por parte destes.

6. Qual é o tratamento de cada IST?

VIH	Tratamento Anti-retroviral crónico
HPV	Vacinação
Clamídia	Antibióticos
Gonorreia	Antibióticos
Hepatite B	Vacinação (prevenção) Após a infecção se instalar não existe tratamento
Hepatite C	Não existe vacina contra a hepatite C. Antivirais
Sífilis	Penicilina (se detetada precocemente)
Herpes Genital	Não tem cura, tem tendência a melhorar espontaneamente Quando ativo recomenda-se abstinência

7. Onde obter mais informação?

Para obter mais informações nesta temática, o utente pode dirigir-se o Centro de Saúde da sua residência e consultar o seu médico de família.

Podes ainda contactar as linhas de apoio:

- [Sexualidade em linha](#) - 800 222 003
- [SOS SIDA](#) - 800 20 10 40
- [Linha Vida-SOS Droga](#) - 1414
- <https://abraco.pt/o-que-fazemos/teste-vih/>

Poder também ler mais sobre o assunto neste *sites*:

- <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/linhas-de-atendimento-gerais/>
- https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3609/3/T_AdrianoBarbosa.pdf
- <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis>
- <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos/preservativos>
- <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/05/vih-e-sida-profilaxia-pre-exposicao/>
- <http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=profilaxiaPosExposicao&idCatM=prevencao&idContent=83000B64-B94F-4D62-A7E5-217C8730492C>
- <http://www.actamedicaportuguesa.com/student/index.php/2017/12/04/com-unicacao-de-mas-noticias/>
- <https://rotasaude.lusiadas.pt/doencas/doencas-cronicas/vih-lidar-diagnostico/>

Interrupção Voluntária da Gravidez

Capítulo redigido por APF-Norte 2019

Capítulo revisto por APF-Norte 2020

1. O que é?

Um aborto consiste na interrupção de uma gravidez com menos de 20-22 semanas de gestação.

Aborto induzido é um procedimento usado para interromper uma gravidez, também denominado Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Quando realizado precocemente, em serviços de saúde legais e autorizados, é um procedimento médico seguro e com reduzidos riscos para as mulheres.

A Interrupção Voluntária da Gravidez a pedido da mulher, isto é, ao abrigo da e) da Lei nº 16/2007, pode ser realizada nos Hospitais Públicos, em alguns (poucos) Centros de Saúde do país e em Clínicas Privadas devidamente reconhecidas pelas entidades competentes.

Cada mulher, através da sua área de residência, tem acesso a um Hospital público de referência, onde pode realizar a IVG. Assim, o primeiro passo é saber qual o hospital da sua área.

Para obter informações a este respeito ligue para o seu Centro de Saúde, para a Linha Saúde 24 (808 24 24 24) ou a Sexualidade em Linha da APF/IPDJ (800 222 003).

Estou grávida, quero interromper a gravidez. O que devo fazer?

A mulher deve dirigir-se ao Centro de Saúde a que pertence ou ao Hospital da sua área e pedir uma consulta de interrupção de gravidez. Se desejar pode recorrer a uma clínica privada reconhecida oficialmente. Seja qual for o estabelecimento escolhido, seguir-se-á a Consulta Prévia.

2. Como funciona o procedimento?

Passo 1

O processo de IVG inicia-se com a chamada Consulta Prévia.

As consultas de interrupção de gravidez são, por imposição legal, realizadas apenas por profissionais "não objetores de consciência". Se por algum motivo, ao longo do processo, a mulher encontrar um profissional de saúde objetor de consciência (que não concorda com a interrupção de gravidez), este tem a obrigação de informar a mulher e indicar-lhe, de imediato, outros técnicos/serviços aos quais ela possa recorrer.

Para iniciar o processo, a mulher deve telefonar para o Hospital ou Centro de Saúde da sua área de residência e solicitar uma "consulta de interrupção voluntária da gravidez". Alguns Hospitais permitem a marcação direta da consulta prévia, sem necessidade de passar pelo Centro de Saúde.

O período entre a marcação e a realização da consulta prévia não pode exceder 5 dias e a mulher pode estar sozinha ou escolher alguém para a acompanhar na consulta.

É uma consulta de carácter obrigatório, onde o profissional de saúde deve esclarecer todas as dúvidas da mulher e fornecer a informação necessária tendo em vista uma tomada de decisão livre, informada e responsável.

Nesta primeira consulta é determinado o tempo de gestação (através de ecografia) e explicados os diferentes métodos de interrupção da gravidez.

A mulher poderá escolher o método que pretende, embora a decisão deva ser tomada em conjunto com o médico, que pode avaliar o método clinicamente mais adequado à situação.

A consulta é também um espaço privilegiado para o esclarecimento sobre os métodos contraceptivos.

Na consulta prévia é entregue à mulher o impresso Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser lido, assinado e entregue na consulta até à data de realização da IVG.

No caso das mulheres menores de 16 anos ou mulheres psiquicamente incapazes, o Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser assinado pelo seu representante legal (pai, mãe ou tutor).

No final da consulta prévia é marcada a segunda consulta, para a realização da IVG.

Passo 2

Entre a consulta prévia e a data da IVG é obrigatório que decorra um período de reflexão mínimo de 3 dias, durante o qual a mulher pode solicitar apoio psicológico/aconselhamento ou apoio social. Este período poderá ser mais longo se a mulher assim o desejar.

A interrupção da gravidez é realizada, no dia marcado, por um dos métodos previstos: cirúrgico ou medicamentoso.

Só em situações muito particulares é necessário internamento. Na grande maioria das vezes o aborto, quer cirúrgico quer medicamentoso, é realizado em ambulatório, sem necessidade de internamento.

A IVG medicamentosa pressupõe o fornecimento do fármaco que é tomado por via oral nesse momento; a segunda administração dos fármacos pode ser feita em casa, pela mulher, ou no serviço de saúde, cerca de 36 horas depois. Este procedimento desencadeia contrações uterinas e perda hemática, é doloroso e por isso são também fornecidos analgésicos para o domicílio.

No caso da IVG cirúrgica, tendo em conta a preparação e os procedimentos pós-cirúrgicos, a permanência no serviço de saúde dura normalmente uma manhã ou uma tarde, embora a intervenção tenha apenas a duração de poucos minutos. Pode ser realizada com anestesia local ou geral, tendo neste caso de vir com jejum de pelo menos 8 horas.

No dia da IVG é marcada a terceira consulta, chamada de controle ou de *follow-up*.

Passo 3

Cerca de duas a três semanas após a interrupção da gravidez, deverá realizar-se uma terceira consulta médica de controlo ecográfico pélvico, que é fundamental para confirmar que a IVG foi bem sucedida. Deve ser de novo abordado a utilização da contraceção escolhida.

3. Perguntas mais frequentes

Suspeito que estou grávida. O que devo fazer?

Quando a mulher suspeita que pode estar grávida deve, em primeiro lugar, confirmar a gravidez com um teste. Se optar por fazer um teste à urina, este pode ser realizado 3 semanas após a relação de risco ou alguns dias após a falta da menstruação. O teste pode ser realizado na farmácia (opção mais económica) ou em casa, caso a mulher o compre na farmácia ou supermercado. Se a mulher optar por fazer um teste sanguíneo, este poderá ser realizado 7 dias após a relação de risco.

Estou grávida, quero interromper a gravidez. O que devo fazer?

A mulher deve dirigir-se ao Centro de Saúde a que pertence ou ao Hospital da sua área e pedir uma consulta de interrupção de gravidez. Se desejar pode recorrer a uma clínica privada reconhecida oficialmente. Seja qual for o estabelecimento escolhido, seguir-se-á a Consulta Prévia.

Posso escolher o método de IVG?

De acordo com a legislação em vigor, a mulher pode escolher o método para interromper a gravidez e este pedido deve ser comunicado na Consulta Prévia.

A decisão sobre o método deve, porém, ser tomada em conjunto com o médico, que avalia o método clinicamente mais adequado à situação (habitualmente depende das semanas de gestação).

De salientar que, analisadas as estatísticas anuais publicadas pela DGS, o mais comum no Serviço Nacional de Saúde é a prática do método medicamentoso e, nos serviços privados legais e reconhecidos, o mais comum é a prática do método cirúrgico.

15 anos e estou grávida, posso interromper a gravidez sem os meus pais saberem?

No caso de uma mulher menor de 16 anos querer interromper a gravidez, este processo terá obrigatoriamente que ser do conhecimento do seu representante legal (pai, mãe ou tutor), uma vez que estes terão que assinar o documento "Consentimento Livre e Esclarecido", entregue na Consulta Prévia.

Posso interromper a gravidez num outro hospital que não o da minha área de residência?

De acordo com a lei, a mulher pode interromper a gravidez em qualquer hospital. No entanto, os hospitais têm uma regulamentação própria em que estipulam o atendimento de mulheres da sua área de residência, no sentido de se organizarem e não haver sobrecarga em alguns hospitais. Se desejar interromper a gravidez num serviço fora da sua área de residência, deverá falar com o técnico de saúde de referência do seu Centro de Saúde ou Hospital para poder ser encaminhada.

Sou estrangeira, resido em Portugal, e pretendo interromper a gravidez. Quais são os meus direitos?

Os estrangeiros que residem legalmente em Portugal podem utilizar, tal como os portugueses, os serviços de saúde oficiais.

Para isso, as pessoas que apresentem no Centro de Saúde da sua área de residência a "autorização de permanência ou residência" ou o "visto de trabalho", terão acesso ao "cartão de utente" do Centro de Saúde. No caso dos estrangeiros que descontam para a Segurança Social, o pagamento dos cuidados de saúde têm exatamente os mesmos custos que a lei indica para os portugueses.

Os estrangeiros que não tenham "autorização de permanência ou residência" ou "visto de trabalho" podem ter acesso aos serviços de saúde se apresentarem um documento na Junta de Freguesia da zona onde residem, indicando que residem em Portugal há mais de 90 dias. A estes estrangeiros, poderão ser cobrados os cuidados de saúde prestados, segundo as tabelas em vigor.

A IVG tem custos para a mulher?

Não. Em estabelecimentos de saúde públicos oficialmente reconhecidos, o processo de IVG não tem qualquer custo para as mulheres.

É necessário internamento para uma IVG?

Só em situações muito particulares é necessário internamento. Na grande maioria das vezes o aborto, quer cirúrgico quer medicamentoso, é realizado em ambulatório, sem necessidade de internamento.

A IVG medicamentosa pressupõe uma consulta para a primeira administração dos fármacos; a segunda administração dos fármacos pode ser feita em casa, pela mulher, ou no serviço de saúde; por fim, deverá haver uma nova consulta cerca de 2 semanas depois, para verificar a IVG.

No caso da IVG cirúrgica, tendo em conta a preparação e os procedimentos pré-cirúrgicos, a permanência no serviço de saúde dura normalmente uma manhã ou uma tarde, embora a intervenção tenha apenas a duração de poucos minutos.

Quais os sinais de alarme pós-aborto?

A mulher deve recorrer a um serviço de urgência caso se verifique:

- Hemorragia muito abundante (utilização de mais de 2 pensos ultra absorventes por hora, durante 2 horas consecutivas);
- Sensação de desmaio
- Súbita e abundante perda de sangue nas 2 semanas ou mais pós IVG;
- Febre alta e persistente;
- Cólicas abdominais acompanhadas de dores violentas;
- Episódios de diarreia persistentes após as primeiras 24 horas;
- Desconforto emocional muito intenso e prolongado, a ponto de interferir com o quotidiano.

A mulher pode ficar infértil por interromper uma gravidez?

Os riscos de ocorrerem complicações, nomeadamente infertilidade, decorrentes de uma IVG são muito reduzidos quando esta é feita em serviços de saúde e com o acompanhamento médico adequado.

Posso fazer uma Interrupção Voluntária da Gravidez e continuar a trabalhar?

Em princípio sim. Mas essa é uma situação que varia de mulher para mulher e vai depender também do método de IVG (cirúrgico ou medicamentoso), da situação física da mulher e da vivência pessoal de todo o processo.

Após uma IVG quanto tempo devo esperar para voltar a ter relações sexuais?

Depois de uma IVG, a mulher deve ter acompanhamento clínico e será o profissional de saúde a pessoa indicada para lhe dizer quando pode reiniciar a vida sexual. Deve ser considerada uma contraceção adequada ao seu caso, uma vez que a fertilidade pode voltar 10 dias após uma IVG de 1º trimestre. Em qualquer caso, a mulher deve reiniciar a vida sexual quando se sentir preparada para tal.

Fiz uma interrupção de gravidez com o método medicamentoso. É normal um sangramento vaginal de 3 semanas?

A hemorragia maior deve acontecer nos primeiros 3 dias; após isto, a perda de sangue deve tornar-se cada vez menos abundante. Em caso de dúvida, deve recorrer ao serviço de saúde onde está a ser acompanhada.

Quanto tempo após uma IVG pode uma mulher engravidar novamente?

A fertilidade pode voltar cerca de 10 dias após uma IVG no 1º trimestre, pelo que a mulher deve ser informada e escolher na consulta prévia o método contraceutivo mais adequado. Assim poderá assegurar proteção contracetiva pós-IVG.

4. Onde obter mais informação?

- <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez>
- <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez/metodos-previstos>
- Circular informativa DGS n.º 14/DSPCS, de 02/04/2002

Masturbação, Pornografia e BDSM

Capítulo redigido por Professor Doutor Daniel Cardoso 2019

Capítulo revisto por Professor Doutor Daniel Cardoso 2020

1. Em que consiste o ato de masturbação?

A masturbação é o ato da estimulação do corpo, com o objetivo de obter prazer sexual. Pode ser realizada ao próprio ou a outra pessoa, e pode ou não ter como fim atingir o orgasmo. É considerado uma prática sexual.

A masturbação é tida como uma prática saudável no curso do desenvolvimento de um indivíduo, e é através desta (entre outras) que o indivíduo consegue explorar a sua sexualidade e o seu corpo sozinho, sem a pressão normalmente associada às primeiras relações sexuais interpessoais.

Não existem formas certas ou erradas de masturbação. Normalmente, indivíduos com pênis fazem-no esfregando-o; indivíduos com vulva e clitóris fazem-no estimulando essas zonas. No entanto, o corpo humano contém muitas zonas erógenas que diferentes pessoas utilizam com o objetivo de sentir prazer, como o ânus ou, no caso de quem a tem, a próstata.

Existem diversos mitos associados à masturbação: que causa cegueira, acne, ou que faz com que pêlos cresçam nas palmas das mãos. Todos estes são, obviamente, errados, e causam bastante insegurança e ansiedade em jovens que têm interesse nesta prática.

2. A partir de que idade é recomendável começar a masturbar-me?

A masturbação pode iniciar-se em qualquer idade, sendo o mais comum aos 6 anos, com um período redescoberta no início da puberdade. Não existe, no entanto, uma idade recomendada para um indivíduo se começar a masturbar, e nem sempre existe uma interrupção, sendo que depende exclusivamente do seu desenvolvimento e interesse.

Apesar disto, há uma pressão característica durante a puberdade e a adolescência, feita pelos pares, em iniciar a masturbação, especialmente no caso de pessoas com pênis.

3. Com que frequência o devo fazer?

Há pessoas que se masturbam todos os dias, mais do que uma vez; outras semanalmente ou ocasionalmente; outras nunca se masturbam. Todas estas possibilidades fazem parte da normalidade.

A frequência de masturbação só se torna “demasiado” quando interfere no estilo de vida, responsabilidades e vida social do indivíduo.

No entanto, a perceção de um “vício” em masturbação está muitas vezes associada ao “vício” da pornografia. Este último é tido como negativo e com possibilidades deteriorantes para o estilo de vida.

4. Ver pornografia é mau?

Não. O ato de ver pornografia não deve ser encarado como errado. No entanto, há estudos recentes que visam mostrar que a pornografia é aditiva, e podendo se tornar num vício que interfere no estilo de vida de um indivíduo, podendo até afetar a vida e hábitos sexuais do mesmo.

No entanto, este está longe de ser um assunto que reúne consenso, e vários estudos procuram demonstrar que não existe “vício” de pornografia, tal como não existe “vício” de masturbação.

5. O que são fetiches, ou *kinks*?

Os fetiches, ou *kinks*, são termos geralmente usados para abranger todas as práticas sexuais não convencionais. Estes abrangem vários atos, como o BDSM, *voyeurismo*, etc.

6. Como praticar o meu *kink* de forma mais segura?

O essencial para um *kink* ser praticado de forma mais segura é que todos os indivíduos envolvidos dêem o seu consentimento, e que todas as pessoas envolvidas estejam conscientes dos riscos que correm, de como os evitar, e do que fazer caso algo corra mal.

É também importante atender às necessidades e vontades dos envolvidos, e estabelecer uma palavra de segurança, para que todos os intervenientes saibam quando a interação deve parar.

7. O que é o BDSM?

O BDSM (do inglês, *Bondage & Discipline, Domination & Submission, Sadism & Masochism* e, em português, *Bondage* e *Disciplina, Dominação e Submissão, Sadismo e Masoquismo*) consiste no conjunto de práticas eróticas ou sexuais que envolvem relações de poder, restrição física ou dor. O BDSM tem o intuito de trazer prazer sexual através da troca erótica de poder, que pode ou não envolver dor, submissão e outros meios, sendo estas práticas, num contexto não-sexual ou não-consensual, geralmente (mas nem sempre) vistas como desagradáveis ou dolorosas.

Existe uma extensa conversa acerca da importância da definição do consentimento na prática do BDSM, respeitando os limites de cada indivíduo envolvido.

8. Que tipo de brinquedos sexuais existem?

Existem diversos tipos de brinquedos sexuais. Uma pequena lista, não-representativa da totalidade de brinquedos que existem, inclui:

- Vibradores
- Dildos
- Contas anais
- Vaginas artificiais
- Estimuladores de próstata
- *Swings*
- Chicotes
- *Strap-on*
- Anéis penianos

9. Como abordar o utente?

a. Se este estiver sozinho

Deixar o utente à vontade, não excluir possibilidades sexuais, não emitir julgamentos de valor, e não fazer perguntas que limitem desnecessariamente as possíveis respostas dadas.

Perguntar se a pessoa se sente confortável com as práticas que tem, e inquirir se sente que gostaria de ter informação sobre questões físicas/de saúde ligadas a essas práticas.

b. Se este estiver acompanhado

Não expor o utente a não ser que o próprio demonstre conforto em abrir o assunto.

10. O que NÃO DEVE fazer?

Não mostrar surpresa, desinteresse, ou julgamento. Não mostrar um interesse especial por estas práticas em contraponto com quaisquer outras. Não abordar questões por curiosidade própria: a discussão deve focar-se nas preocupações e questões levantadas pelo/a utente.

Ter em atenção linguagem corporal, e vieses associados a representações *mainstream* de BDSM. Não confundir BDSM com práticas exclusivamente associadas a dor.

11. Onde obter mais informação?

- <https://www.nhs.uk/live-well/sexual-health/masturbation-faqs/>
- <http://www.consent.academy/>
- <https://www.ncsfreedom.org/>
- <https://blackwells.co.uk/bookshop/product/9780822351597>
- <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/gradeschool/puberty/Pages/Masturbation.aspx>
- <https://www.plannedparenthood.org/learn/sex-and-relationships/masturbation>
- <https://www.webmd.com/sex/porn-addiction-possible#1>
- <https://www.psychologytoday.com/us/blog/sex-sexuality-and-romance/201901/what-is-kink>

Mutilação Genital Feminina

Capítulo redigido por Inês Lemos Fernandes, LORA AEFM 2020

Capítulo revisto por Associação Mulheres sem Fronteiras 2020

1. O que é?

A Mutilação Genital Feminina (MGF) é uma prática tradicional prejudicial. Envolve a lesão ou remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos por motivos não médicos.

Esta prática ocorre com maior frequência em países africanos, mas tem também uma prevalência significativa na Ásia e no Médio Oriente. Com a crescente migração, nota-se um aumento de casos na Austrália, Europa e América do Norte.

A OMS considera Portugal um país de risco em relação à prática de MGF dada a existência de comunidades migrantes de países onde esta prática é prevalente. Considera-se a hipótese das meninas e raparigas serem submetidas a esta prática (e rituais associados) em período de férias escolares aquando da visita a familiares nos países de origem.

Entre 2012 e 2017, foram inscritos 237 registos de MGF na Plataforma de Dados em Saúde/Registo de Saúde Eletrónico - Portal do Profissional (RSE-PP), sendo que a idade média de realização da mutilação foi aos 7.1 anos.

2. Como detetar?

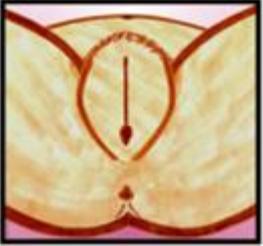
Tanto em ambiente hospitalar como nos cuidados de saúde primários, o risco ou a existência de MGF podem ser identificados em qualquer consulta.

Para tal é importante estar atento aos seguintes fatores de risco:

- Pertença a família/grupo étnico/comunidade que pratica a MGF;
- Pertença a uma família onde a mãe e/ou as irmãs foram submetidas à prática;
- A iminência de uma viagem (que pode ter lugar durante o período de férias escolares), cujo destino seja um país onde a prática seja comum;
- A existência de um plano para a realização da prática (ex: presença de uma mulher ou grupo suspeito de realizar a prática no seio da comunidade local).

É também relevante estar atento a sinais que possam indicar que a prática teve lugar recentemente:

- Tristeza, falta de interesse ou outras mudanças de comportamento;
- Caminhar com as pernas muito juntas ou muito afastadas;
- Recusa em sentar-se;
- Presença de sintomas de anemia;
- Idas frequentes à casa de banho para urinar;
- Recusa em despir-se junto aos colegas;
- Recusa em fazer exercício ou não querer participar em jogos que impliquem atividade física;
- Comentários de colegas da escola e amigos.

Diagrama	Descrição	Complicações
<p>Tipo I</p> 	<p>Remoção parcial ou total do clitóris e/ou do prepúcio (clitoridectomia).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tipo Ia</u> – Remoção apenas do prepúcio; - <u>Tipo Ib</u> – Remoção do clitóris com o prepúcio. 	<p>Riscos imediatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor intensa - Choque hipovolémico - Dificuldades em urinar ou defecar - Aumento da incidência de infecções, nomeadamente herpes e VIH - Morte - Sequelas a nível psicológico
<p>Tipo II</p> 	<p>Remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios com ou sem excisão dos grandes lábios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tipo IIa</u> – Remoção exclusiva dos pequenos lábios; - <u>Tipo IIb</u> – Remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios; - <u>Tipo IIc</u> - Remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos e grandes lábios. 	<p>Riscos a longo prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor crónica - Infecções - Queloides - Infecções do aparelho reprodutivo e infeções sexualmente transmissíveis - Perturbação da qualidade de vida sexual - Complicações no parto - Perigos para os recém-nascidos - Sequelas psicológicas
<p>Tipo III</p> 	<p>Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clitóris (infundibulação).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tipo IIIa</u> – Remoção e aposição dos pequenos lábios; - <u>Tipo IIIb</u> – Remoção e aposição dos grandes lábios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções cirúrgicas subsequentes - Problemas urinários e menstruais - Relações sexuais dolorosas - Infertilidade
<p>Tipo IV</p>	<p>Atos não classificados: todas as intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas (punção, perfuração, incisão, corte, escarificação e cauterização, introdução de substâncias nocivas na vagina).</p>	<p>As complicações variam conforme a área afetada</p>

Imagens obtidas em:

https://www.google.com/url?q=https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/orientacao_DGS.pdf&sa=D&ust=1586566712114000&usg=AFQjCNEqREyGI3LeGpv9zVypZ-N-uUB1oQ

3. Como abordar a utente?

É importante ter em conta a existência de uma série de barreiras à comunicação que podem ser contornadas com recurso a:

- Uma intérprete profissional (caso necessário), preferencialmente do sexo feminino e fora do círculo familiar da vítima
- Utilizar uma sala adequada, sem interferências e que assegure a confidencialidade. No caso de a utente se tratar de uma criança, arranjar brinquedos, se possível.
- Conceder o tempo necessário para que a pessoa revele a situação espontaneamente e sem pressão
- Considerar as referências culturais da vítima (questões afetivas, respeito e/ou dependência da vítima aos pais, irmãos/irmãs) e que se a vítima for uma criança pode não encarar o procedimento como abusivo
- Utilizar uma linguagem acessível, adotar uma postura neutra, mas empática (condenar a prática, mas não culpabilizar a utente).
- Na avaliação clínica, o achado deve ficar registado no processo clínico, acompanhado de um desenho do aspeto da vulva para evitar a necessidade de repetição da observação ginecológica.

a. Se esta estiver sozinha

- Saúda a utente, apresenta-te e trata a utente pelo nome;
- Convida-a a sentar-se confortavelmente, virada para ti. Começa com perguntas gerais (“Como está?”; “Há algum assunto que queira referir?”)
- Quando a utente estiver descontraída, pergunta com tato e linguagem familiar acerca de intervenções a que tenha sido submetida, incluindo MGF. Deixa que a utente expresse os seus sentimentos, sendo paciente e empático e encorajando-a a falar com facilitadores de diálogo.

Caso a utente ainda não esteja pronta para transmitir a informação, marca nova consulta. Se for revelado que foi submetida a MGF, deve conduzir-se um exame clínico explicando previamente à utente o que se vai proceder e registando os achados para evitar nova observação desnecessária.

b. Se esta estiver acompanhada

Muitas vezes as mulheres vêm acompanhadas, por indivíduos próximos da utente ou até tradutores. Salienta-se que o tema só deve ser abordado perante acompanhantes se for estritamente necessário e não existir oportunidade para uma abordagem individual.

No caso de necessidade premente, é importante verificar se o/a acompanhante é uma pessoa próxima da utente, visto que este tema não é facilmente abordado pelas mulheres que foram submetidas à prática.

Por último, caso a utente esteja em idade pediátrica, o tema deve ser abordado com os pais presentes. Nestes casos, é importante perceber se os pais têm conhecimento/participaram do acontecimento, visto que, por vezes, a mãe não é a mulher mais influente da família e a prática pode ter tido lugar sem o seu conhecimento. É também crucial que se coloque a criança no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

4. O que NÃO DEVE fazer?

- usar um diálogo impositivo - optar por abrir espaço à reflexão e consideração de alternativas às práticas vigentes

- fazer juízos de valor ou mostrar-se chocado/surpreendido – as mães submetem as filhas à prática apesar de reconhecerem os danos físicos e psicológicos que dela advém por temerem dificuldades no casamento e exclusão social das meninas (convenção social auto-imposta).
- usar o termo “mutilação” – optar por termos culturalmente sensíveis como “cortada”, “submetida à tradição” ou “fanado” e abordar as complicações que podem advir da prática
- descurar a importância da linguagem corporal (tanto da vítima com a sua)

5. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

Qualquer situação de risco de MGF/C deve de imediato ser comunicada à CPCJ. No caso de uma situação iminente de MGF/C, esta deve ser comunicada de imediato ao OPC (PSP), com informação também à CPCJ. Caberá depois às entidades trabalhar esta temática, dentro das suas competências.

A níveis médicos, nos ACES e Hospitais o encaminhamento para o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) são a primeira linha para onde os casos de Mutilação Genital Feminina devem ser reportados, sendo que cada entidade tem formulários próprios e fluxogramas de encaminhamento para as outras entidades com quem trabalham em rede.. Se as utentes não estiverem devidamente informadas sobre onde se dirigir e o porquê do encaminhamento, o processo pode falhar e a utente permanecer sem tratamento. A utente pode ainda encarar o encaminhamento como um processo intimidante dado o cariz delicado do tema.

Qual a melhor forma de proceder ao encaminhamento?

- explicar o motivo do encaminhamento (ex: o tratamento das complicações transcendem as competências específicas do profissional de saúde)
- certificar-se de que a utente entende o que lhe foi transmitido e envolver terceiros (marido, parceiro...) que a levarão ao estabelecimento referido
- pedir à utente que, após o tratamento, regresse ao serviço de origem para assegurar o acompanhamento e avaliação da evolução
- assegurar que a utente compreendeu as informações (pode-se pedir que repita a informação recebida) e desejar-lhe sucesso e boa sorte

a. A criança

Sinalizar a recém-nascida/criança/jovem em risco de MGF através da ficha que se encontra no Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Maus tratos em Crianças e jovens, Anexo I em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>. No quadro C, no motivo de referênciação, sinalizar em *Outros* e escrever “Risco de Mutilação Genital Feminina”

Em caso de MGF do tipo III, recomendar a defibulação caso existam complicações resultantes da prática, nomeadamente infeções e retenção urinária.

b. A mulher em idade fértil

Recomenda-se a observação ginecológica apenas se a mulher o consentir. Nesta situação, o profissional de saúde deve saber identificar o tipo de MGF e o achado deve ficar registado no processo clínico, se possível acompanhado de um

desenho do aspeto da vulva para evitar a necessidade de repetição da observação ginecológica.

Planeamento Familiar: se a MGF não provocar obstruções à observação ginecológica (nomeadamente rastreio do cancro do colo do útero), a mulher não necessita de cuidados especiais

Pré-conceção: se a MGF for do tipo III, deve ser proposta a defibulação, de modo a diminuir o risco de aborto espontâneo e permitir a cicatrização dos tecidos

Gravidez: Se a MGF for do tipo I, II ou IV e não tiver originado cicatrizes na vulva ou na vagina que possam provocar obstruções à observação ginecológica e ao parto, a vigilância é semelhante à de qualquer outra grávida. Se a MGF for o tipo III e identificada pela primeira vez durante a gravidez, deve propor-se a defibulação, a realizar-se durante o segundo trimestre da gravidez (por volta das 20 semanas de gestação)

Trabalho de parto: nas mulheres com MGF do tipo III, recomenda-se a cirurgia de defibulação (no segundo período do trabalho de parto, durante uma contração e sob anestesia epidural). Em mulheres que foram previamente defibuladas aconselha-se a realização de uma episiotomia pois, durante a descida da apresentação pode ocorrer laceração grave do períneo.

NOTA: se uma mulher submetida à MGF é mãe ou está grávida de uma criança do sexo feminino, esta criança também está em risco.

6. Que meios de apoio existem?

Linhas telefónicas de apoio:

- Saúde 24 - 808 24 24 24
- Linha de Apoio ao Migrante - 808 257 257
- CIG - 800 202 148

7. Onde obter mais informação?

- https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/orientacao_DGS.pdf
- https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/12/Protocolo-Integrado-para-a-interven%C3%A7%C3%A3o-na-MGF_2019.pdf
- https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/Manual_FINAL_para_web.pdf
- <https://www.cig.gov.pt/documentacao-de-referencia/doc/mutilacao-genital-feminina/>
- <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/pt/>
- https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/platform_for_action_fgm/pt/

Orientação Sexual

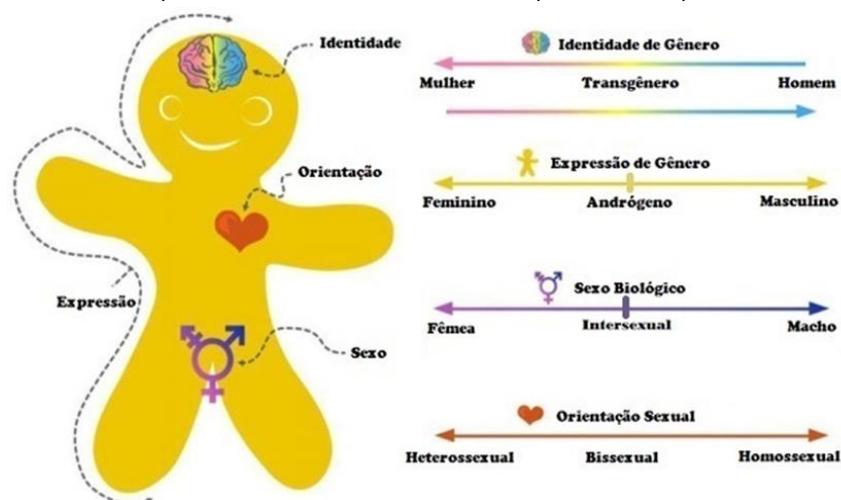
Capítulo redigido por Margarida Albuquerque, LORA AEFMUP 2020

Capítulo revisto por ILGA 2020

1. O que é a orientação sexual?

Refere-se ao que cada pessoa pensa e sente sobre si própria, sobre a sua afetividade e sexualidade e por quem se sente atraída física, emocional, romântica e sexualmente. Assim, a orientação sexual engloba a identidade (ser), conduta (comportamento) e o modo como a pessoa se relaciona com as outras (relacionamento). Uma pessoa pode considerar-se:

- **Heterossexual** se se sente atraída por pessoas do género oposto;
- **Homossexual** se se sente atraída por pessoas do mesmo género;
- **Bissexual** se se sente atraída por pessoas de ambos os géneros;
- **Pansexual** se se sente atraída por pessoas, independentemente do seu género, sexo ou apresentação;
- **Asexual** se não expressa sentimentos sexuais por outras pessoas.



A **Heteronormatividade** é a assunção, *a priori*, de que todas as pessoas são heterossexuais e que a heterossexualidade é “a norma”. Entre pessoas e instituições, esta ideologia pode levar a invisibilidade e estigma em relação a outras sexualidades e identidades e expressões de género e características sexuais. Frequentemente incluído neste conceito é um nível de normatividade e binarismo de género e papéis de género, a assunção de que as pessoas se deveriam identificar como homens ou mulheres e ser homens masculinos e mulheres femininas.

A **Homofobia** é o termo utilizado para descrever a discriminação baseada na orientação sexual ou expressões de género, podendo incluir abuso verbal ou físico. Existe ainda um termo mais abrangente, o **Heterossexismo**, que descreve todas as formas de discriminação contra pessoas não heterossexuais lésbicas, gay ou bissexuais.

Está estimado que entre 5 a 10% da população é LGB (8) e, apesar de não haver um consenso em redor de quantas pessoas LGB existem na nossa sociedade, sabemos que estas pessoas são mães e filhas, pais e filhos, são jovens, pessoas adultas e idosas, são cidadãos e cidadãs nacionais e estrangeiros/as, pertencem a minorias sociais e a comunidades culturais dominantes, vêm de todas as classes sociais e vivem tanto em áreas rurais como urbanas.

2. Como abordar o utente?

Homens e mulheres homossexuais são bastante diversificados na forma como organizam as suas vidas, sexual e socialmente. Neste sentido, uma anamnese completa, incluindo história sexual, é crucial em qualquer paciente, independentemente da sua orientação sexual, para identificar fatores que possam colocar a pessoa perante um risco aumentado de doença. Adicionalmente, o/a prestador/a de cuidados primários pode ser chamado/a pelo/a paciente a providenciar aconselhamento psicosssexual ou tratamento de disfunções sexuais.

Alguns sinais verbais e não verbais podem facilitar ou inibir a relação entre o/a médico/a e o paciente não heterossexual.

O/A paciente não heterossexual pode necessitar de garantias especiais de confidencialidade na **relação médico-doente** e é **fundamental o respeito do/a médico/a para que esta relação se estabeleça**.

Assim, no momento presente, o repto colocado à Saúde, tanto no que diz respeito às políticas setoriais e aos programas de saúde, como aos modelos de resposta dos serviços e ao desempenho por parte dos/as profissionais de saúde, diz respeito ao **assegurar da equidade nos cuidados prestados a estas pessoas**.

Independentemente do respeito pela personalização dos cuidados, tal equidade implica uma atuação concertada dos serviços de saúde em duas vertentes:

- Por um lado, há que **assegurar às pessoas LGBTI a oferta de cuidados e o exercício da boa prática profissional** que lhes permita **alcançarem os mais elevados índices de saúde que são obtidos pela população em geral**, naquilo que diz respeito a problemas de saúde que podem atingir qualquer dos elementos que a constituem.
- Por outro lado, para além da tomada em consideração quanto a dificuldades sentidas de forma comum pelas diferentes populações LGBTI no acesso aos cuidados de saúde, há que **estabelecer medidas de ação positiva no que se refere a características e necessidades particulares de cada um desses grupos**.

É fundamental saber que os indivíduos não heterossexuais constituem um grupo com necessidades de saúde que, para além das que são comuns à generalidade da população, têm um conjunto de especificidades que devem ser tomadas em consideração no âmbito da prestação de cuidados.

O/A médico/a deve:

- Demonstrar empatia e aceitar a forma como a pessoa se identifica;
- Ouvir a pessoa, os seus problemas e as suas angústias, sem demonstrar desconforto;
- Prestar os cuidados de saúde (ou encaminhar para colegas melhor preparados) como prestaria a um/a utente heterossexual, atentando cumulativamente para aspetos de saúde específicos relacionados com a identidade não heterossexual da pessoa;
- Procurar informação acerca das especificidades de saúde das pessoas não heterossexuais.
 - Por exemplo, as mulheres lésbicas apresentam risco aumentado de cancro da mamã, devido ao seu percurso de vida frequentemente nulíparo.
 - Por exemplo, atentar a que mulheres não-heterossexuais podem ter, além de parceiras do sexo feminino, parceiros masculinos, e daí

podem advir todos os problemas ginecológicos de saúde que adviriam de uma mulher heterossexual.

Caso a pessoa venha à consulta acompanhado/a, deve pedir-se que a pessoa que acompanha saia da consulta para que se tenha a certeza que esse fator externo não está a colocar qualquer tipo de pressão presencial no utente.

3. O que NÃO DEVE fazer?

A Constituição Portuguesa inclui expressamente a proibição de discriminação com base na orientação sexual (Artigo 13.º) e alguma outra legislação também assim estatui. Por exemplo, o Código Penal estabelece agravantes penais para crimes motivados pelo ódio e discursos de ódio e algumas disposições legais na área da educação e emprego regulam especificamente questões ligadas à orientação sexual. Não obstante, não existe, presentemente, uma proteção legal em relação ao acesso a bens e serviços, entre outras, neste âmbito.

Numa sociedade que foi, e continua a ser, culturalmente marcada pela construção social do que significa ser homem e ser mulher, pessoas que não se enquadrem nas convenções associadas a este modelo binário masculino/feminino, comum e estereotipado, continuam, com frequência, a ser objeto de discriminação e estigmatização.

As representações assim criadas têm, necessariamente, impacto negativo nas várias facetas da vida das pessoas LGBTI, tanto nas vivências íntimas, como nas relações familiares e sociais, na vida profissional, na estabilidade económica, no acesso à habitação, ao emprego e também no acesso aos cuidados de saúde.

A Saúde, as suas instituições e os/as profissionais, não constituem uma entidade à parte da sociedade em que intervêm. Há que reconhecer, por isso, que, em múltiplas situações, persistem nos serviços a “invisibilidade”, o preconceito e a discriminação contra pessoas LGBTI, a par da subsistência de uma escassa preparação técnica dos/as profissionais para prestar cuidados a estas pessoas. Tais dificuldades têm, obviamente, impacte negativo nos índices de saúde que as mesmas podem alcançar ao longo da vida.

Num estudo pioneiro português, 75,0% dos participantes LGBT da amostra referem que os profissionais de saúde presumem sempre que o/a utente é heterossexual e 18,9% referem ter sido vítimas de discriminação alguma vez, por parte de algum/a profissional de saúde, em razão da sua orientação sexual. É imperioso que os estes profissionais evitem o pressuposto de que a pessoa que acompanham é heterossexual, por forma a ser capaz de prestar-lhe um melhor cuidado.

A precariedade no que respeita aos cuidados de saúde prestados às pessoas LGBTI é resultante de um conjunto de fatores que **urge corrigir**. Assim:

- **Atitudes de evitação por parte dos/as profissionais** condicionam respostas insuficientes a problemas de saúde comuns vividos por pessoas LGBTI.
 - Por exemplo, uma atitude de evitação ou de condenação por parte de um/a profissional de saúde pode comprometer um diagnóstico de infeção respiratória ou de depressão
- Também **o escasso conhecimento científico e técnico que detêm acerca destes temas** pode ser gerador de má prática, quer por omissão, quer por ação inadequada.
 - Por exemplo, o desconhecimento da diferença entre identidade de género e orientação sexual pode fazer confundir homossexualidade com transexualidade.

- A perceção da invisibilidade da sua condição nos serviços, ou o temor de que, no seu caso concreto, se desencadeiem reações adversas ao revelar algumas das suas características identitárias podem gerar **o evitamento do contacto com os/as profissionais desses serviços por parte de muitas pessoas LGBTI**, mesmo que tal se revista de grande importância para a preservação ou promoção da sua saúde. Tal acontece, com frequência, por haver receio de se gerar uma atitude menos acolhedora por parte dos/as profissionais, motivada por uma má experiência anterior de contacto, pelo relato direto de outra pessoa, ou por uma representação generalizada sobre as dificuldades de os serviços lidarem com as pessoas LGBTI.
- O médico não deve ainda tecer **suposições acerca da identidade de género ou orientação sexual da pessoa a partir da sua expressão de género**, nem tão pouco pressionar a pessoa a falar de assuntos com os quais não se sente à vontade.

4. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

É de salientar que **têm que ser reconhecidos às pessoas não heterossexuais os mesmos direitos que são atribuídos a qualquer outra pessoa, independentemente da sua orientação sexual**, e nunca esta característica da pessoa deve ser a base para a sua classificação como doente. Essa ideologia foi há muito provada e reconhecida como errada.

O/A profissional de saúde tem o dever de ministrar os cuidados de saúde a pacientes não heterossexuais na mesma medida que faz a todos os seus pacientes heterossexuais, não discriminando a pessoa pela sua orientação não normativa e, mais até, atentar e reconhecer necessidades especiais. Assim, **se o/a médico/a de família identificar na consulta a necessidade de referenciação para outra especialidade, quer para efeitos de rastreio, diagnóstico, seguimento, ou outro, esta referenciação deverá ser feita, de modo a promover o mais adequado acompanhamento do/a paciente.**

5. Que meios de apoio existem?

Deve primar-se por que **todas as pessoas, independentemente da sua orientação sexual, sejam acompanhadas no sistema Nacional de Saúde**. Apesar deste seguimento em saúde, indispensável e insubstituível, existem organizações LGBTI cuja âmbito é a defesa da igualdade para pessoas LGBTI, e cujo contacto pode ser veiculado pelo/a médico/a, não primariamente para acompanhamento em saúde, mas simplesmente para dar a conhecer organizações que defendem os seus direitos e que o podem auxiliar em vários campos. Exemplificam-se:

- **ILGA Portugal** - www.ilga-portugal.pt
- **Rede ex aequo** - www.rea.pt
- **Centro Gis - Atendimento LGBT** - 966090117
- **API - Ação pela Identidade** - www.facebook.com/pg/apidentidade
- **Casa Qui** - www.facebook.com/casa.qui.associacao
- **Panteras Rosa** - panterasrosa.blogspot.pt
- **APAV** https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/
- **Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexuais e Identidade de Género** - <http://www.ampos.pt/>

Estas associações têm vários recursos e acesso a profissionais de saúde cujo contacto pode ser benéfico para estes indivíduos.

Não obstante, o melhor apoio será sempre o/a do/a próprio/a profissional de saúde, que deve revelar conhecimento e respeito pelas questões apresentadas pela pessoa que o consulta.

6. Onde obter mais informação?

Pode obter-se mais informação em todos os sites de organizações LGBTI acima apresentados e também nos elencados de seguida.

- Amnesty Internacional Lesbian Gay Bisexual and Transgender Network
- URL: <http://www.ai-lgbt.org/>
- Associação Mundial para a Saúde Sexual
- URL: <http://www.worldsexology.org>
- Direcção-Geral de Saúde
- URL: <http://www.dgs.pt/>
- Organização Mundial de Saúde
- URL: www.who.int/
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)
- URL: <https://apav.pt/uavmd/index.php/pt/intervencao/discriminacao>
- Ponte Margem - Centro de Recursos Anti-discriminação
- URL: <http://www.pontemargem.org/>
- ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA AS PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANS E INTERSEXO
- URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>
- HETERONORMATIVIDADE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE – Atitudes dos Profissionais de Enfermagem em Razão da Orientação Sexual
- URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22021/3/FMUP%20%20V%20Curso%20de%20Mestrado%20em%20Biotica%20%20Dissertao%20de%20Pedro%20Quintas.pdf>
- APA LGBT Resources and Publications - General Audience Resources - Definitions of Terms in APA Documents Related to Sexual Orientation and Gender Diversity
- URL: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/index.aspx>.
- Ann Intern Med. 1980 Jul;93(1):90-2. doi: 10.7326/0003-4819-93-1-90.
- The Clinical Approach to the Homosexual Patient W F Owen Jr PMID: 7396321 DOI: 10.7326/0003-4819-93-1-90
- https://portugalgay.pt/guide/8_9/
- <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/relatoriofinalrecCE.pdf>
- FAQ on Health and Sexual Diversity
- URL: <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/20170329-health-and-sexual-diversity-faq.pdf>
- Identidade e orientação sexual
- URL: <http://www.apf.pt/sexualidade/identidade-e-orientacao-sexual>

Saúde Sexual na 3ª Idade

Capítulo redigido por Dra. Vânia Beliz 2019

Capítulo revisto por Dra. Vânia Beliz 2020

1. Pessoas na 3ª idade podem ter relações sexuais?

Nos últimos anos houve uma evolução relativamente ao conceito de sexualidade, percebendo-se que esta não se reduz ao ato sexual ou genital. Além disso, o modelo reprodutivo (que dita que o sexo só pode ter como fim a reprodução), que antes predominava, tem sido rejeitado.

A actividade sexual nas pessoas mais velhas não deve ser objecto de desprezo, vergonha, ou vista de forma depreciada face à sexualidade das pessoas mais novas. Verifica-se uma certa displicência face a sexualidade dos mais velhos, que tende a ser menos valorizada - quando não condenada - pela sociedade, pela religião e até pelos próprios. Ora a sexualidade é um aspecto importante para a qualidade de vida, pelo que há que inverter esta tendência.

No entanto, há restrições naturais às relações sexuais que advém da idade:

- O interesse e líbido sexual diminuídos, muitas vezes devido ao estigma social;
- O estado de saúde física e mental;
- Problemas de impotência no homem e dispareunia na mulher;
- Efeitos colaterais de medicamento;
- Preconceito da sociedade;
- Dificuldades na mobilidade e dor.

2. Que tipos de alterações corporais e na sexualidade são expectáveis na 3ª idade?

Os efeitos do envelhecimento nos níveis hormonais sexuais são mais óbvios na mulher do que no homem. Nas mulheres, a redução de hormonas femininas, principalmente o estrogénio, é a causa major para as alterações corporais que estas vivenciam. Esta redução de hormonas levam alteração do funcionamento dos ovários com consequentes alterações do útero, , assim como alterações mais externas, como é o caso da vulva.. Os tecidos da vulva e vagina ficam mais finos, mais secos e menos elásticos (quadro denominado atrofia vaginal). Em casos mais graves estas mudanças podem levar a prurido, sangramento, dispareunia e ainda urgência urinária. Os seios ficam menos firmes e mais fibrosos, e tendem a ficar caídos. Essas mudanças fazem com que encontrar massas/quistos nos seios seja mais difícil.

Nos homens, as mudanças nos níveis hormonais sexuais são menos súbitas. Os níveis de testosterona diminuem, resultando em menos esperma e menor desejo sexual (libido), mas a redução é gradual. Ainda que o fluxo sanguíneo para o pênis tende a se reduzir, a maior parte dos homens têm ereções e orgasmos ao longo da vida. Entretanto, as ereções podem não durar tanto, podem ser ligeiramente menos rígidas, ou podem precisar de mais estimulação para manter-se. Uma segunda ereção pode exigir mais tempo. A disfunção erétil (impotência) torna-se mais comum com o envelhecimento dos homens e é frequentemente devido a um distúrbio, normalmente um distúrbio que afeta os vasos sanguíneos (como doença vascular) ou diabetes.

3. Que medidas são úteis na gestão destas alterações?

Tal como mencionado em cima, no caso da mulher, a mucosa vaginal fica mais seca, fina e fragilmente lesada. Assim, o uso do lubrificante é muito benéfico.

É importante para o casal manter hábitos saudáveis e fazer exames para saber como está a sua saúde. Muitas vezes, o desempenho sexual pode estar relacionado a algum problema de saúde, como diabetes, colesterol alto, tabaco, álcool, menopausa e uso de alguns medicamentos, alertando a sobre o uso de medicamentos que prometem melhorar o desempenho sexual. Todo medicamento só deve ser usado sob orientação médica.

4. Como abordar o utente?

Na grande maioria dos casos esta não é uma temática abordada em consulta. O facto de o profissional de saúde não questionar inibe, por outro lado, o idoso de trazer este tema que o preocupa, principalmente por receio que o médico considere as questões inapropriadas à sua idade ou por se acomodar à ideia de que não existem soluções para os seus problemas. Como tal, há que encarar o assunto com naturalidade e garantir que existe tempo na consulta para tratar esta questão, abordando-a em todos os seus âmbitos e afastando os preconceitos em torno da mesma.

A intervenção não deve ser prescritiva. Deve pautar-se pelo aconselhamento, de forma a que a pessoa possa escolher de que forma vive a sua própria sexualidade.

O médico deve explicar ao idoso que ainda que possam existir alterações biológicas e fisiológicas que alteram a sua sexualidade, esta não deve ser desprezada ou reprimida e ainda fazer com que este perceba que sexualidade se estende a várias formas de intimidade, que incluem o contacto da pele, as carícias, o beijo e outras práticas, indo muito além da penetração.

É crucial oferecer ajuda a nível educativo, terapêutico, farmacológico e social, de forma a otimizar e diminuir os riscos da sexualidade.

Se o utente se mostrar interessado, o médico pode dar dicas concretas, como por exemplo o uso de lubrificante para uma penetração mais prazerosa, nem sempre conseguida devido à pele seca e fina inerente à idade ou ainda a utilização de preservativos femininos para diminuir o stress masculino relativamente à perda de ereção.

O idoso deverá sair da consulta com a ideia de que a sua idade não é impedimento para a prática sexual, ainda que consciente de que é crucial adotar comportamentos sexuais seguros, primando pela prevenção e luta contra as infeções sexualmente transmissíveis, das quais não está livre.

5. O que NÃO DEVE fazer?

- Não se deve abordar o tema com ironia nem com desconhecimento de causa;
- Não se deve desprezar a importância que o tema tem para aquele utente;
- Da linguagem a ser usada não deve constar jargão médico, nem explicações complexas e extensas;
- Não se devem fazer questões fechadas, quanto às dúvidas dos utentes, devendo por isso deixar os mesmos confortáveis para levantarem questões.

6. Como ajudar/encaminhar para outras entidades especializadas?

O utente pode ser encaminhado para especialidade de ginecologia, andrologia, psiquiatria ou psicologia.

7. Onde obter mais informação?

- <http://www.apf.pt/sexualidade/seniores>
- <https://www.msmanuals.com/pt/casa/questões-sobre-a-saúde-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-do-corpo/mudanças-no-corpo-com-o-envelhecimento>
- <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53673-sexualidade-na-terceira-idade>
- <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53673-sexualidade-na-terceira-idade>
- http://www.seg-social.pt/documents/10152/14714/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7
- <http://www.apf.pt/sexualidade/seniores>

Sexualidade na gravidez e na puérpera e mudanças corporais

Capítulo redigido por Dra. Vânia Beliz 2019

Capítulo revisto por Dra. Vânia Beliz 2020

1. Grávidas e puérperas podem ter relações sexuais?

O relacionamento sexual entre o casal deve ser algo natural, até ao momento da gravidez. O casal não tem qualquer razão, à partida, para alterar os seus hábitos devido à gravidez, sendo um momento a dois para promover o bem-estar e prazer dos mesmos.

A gravidez é um importante desafio adaptativo aos ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos da mulher.

No pós-parto a mulher tem de sentir o próprio corpo e aos poucos o casal vai percebendo quando puderam reiniciar a atividade sexual. É aconselhado falarem sobre estes assuntos, receios e ansiedades, para que possam juntos ultrapassar estes momentos da melhor forma.

2. É normal ter dor durante o coito?

A dor no ato sexual, nomeadamente na penetração, é algo falado entre as grávidas sendo uma coisa que pode verdadeiramente acontecer. Tende a aumentar o incômodo do ato sexual com o evoluir da gravidez, sendo máximo no terceiro trimestre. No entanto também é necessário salientar que cerca de 15% das mulheres que referem ter dor no ato sexual durante a gravidez já o teriam sentido anteriormente também.

3. Que tipos de alterações corporais e na sexualidade são expectáveis...

a. Na gravidez

A relação com as alterações da imagem corporal é um dos factores mais referidos como estando associado às alterações na sexualidade, quer pela sensação da mulher de que está indesejável, quer, por outro lado, pela sensação de que os peitos e as curvas estão mais apetecíveis.

Alterações a níveis de pele aparecimento de estrias, aumento da ida à casa de banho, inchaço dos membros inferiores, alguma falta de ar, o aumento do tamanho da mama são alterações que acompanham o ajuste de hormonas que é a gravidez.

b. No puerpério

Esta é a etapa em que a mulher se adapta à nova vida com as mudanças do núcleo familiar e também a calibração de todas as suas hormonas.

Em termos de sexualidade, a amamentação por exemplo esta associada a hormonas que diminuem a libido. O próprio casal trabalha em conjunto para retomar as boas energias e voltar a ter prazer a dois.

4. Como abordar o utente...

a. Se este estiver sozinho

Perceber quais os medos, receios, ansiedades da grávida em termos da sua sexualidade. Perceber ao máximo a dinâmica do casal e aconselhar formas como estes podem beneficiar desta época da melhor maneira, adaptando-se a todas as alterações que está a sentir.

b. Se este estiver acompanhado

Caso a utente esteja acompanhada pelo parceiro é importante perceber quais as dinâmicas e preocupações dos dois perante este novo momento da vida sexual deles e de que maneira o profissional de saúde os pode ajudar.

5. O que NÃO DEVE fazer?

É importante não desincentivar à prática sexual numa gravidez a decorrer dentro da normalidade, explicando que o casal deve continuar a realizar os seus hábitos sexuais normalmente até ambos se sentirem confortáveis.

6. Onde obter mais informação?

- <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4720>
- <https://www.conversascombarriguinhas.pt/saude-na-gravidez/sexualidade/>

Trabalho e exploração Sexual

Capítulo redigido por APF-Norte 2019

Capítulo revisto por APF-Norte 2020

1. O que é?

Recrutamento, transporte, transferência, guarida ou acolhimento de pessoas, incluindo a troca ou a transferência do controlo sobre elas exercido, através do recurso a ameaças ou à força ou a outras formas de coação, rapto, fraude, ardil, abuso de autoridade ou de uma posição de vulnerabilidade, ou da oferta ou obtenção de pagamentos ou benefícios a fim de conseguir o consentimento de uma pessoa que tenha controlo sobre outra para efeitos de exploração.

A exploração inclui, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, incluindo a mendicância, a escravatura ou práticas equiparáveis à escravatura, a servidão, a exploração de atividades criminosas, bem como a remoção de órgãos.

O consentimento da vítima na sua própria exploração é irrelevante se tiver sido utilizado qualquer um dos referidos meios.

2. Como detetar?

A sinalização de presumíveis vítimas de tráfico pelo maior número de profissionais é importante, pois, ao contrário de muitos outros crimes, a vítima não se considera como tal.

Caso o profissional contate com uma pessoa de nacionalidade estrangeira, recomenda-se que seja disponibilizada à presumível vítima um intérprete, de forma a garantir um canal de entendimento das suas palavras.

Adicionalmente, a organização responsável pela sinalização pode fornecer o apoio através de mediadores culturais para promover a compreensão mútua e responder aos medos e ansiedades da pessoa. As questões de género devem ser levadas em consideração no decurso do atendimento.

Red Flags de Exploração Sexual:

- É forçado a fazer sexo sem preservativos;
- Não pode recusar clientes;
- São-lhe negadas pausas, dias de folga e tempo livre;
- Parece estar cansado e exausto;
- Tem algumas infeções sexualmente transmissíveis não tratadas;
- É transportado de um lugar para outro sem o seu consentimento;
- Em situações de inspeções, mente às autoridades policiais;
- É-lhe exigido que realize atividades ilícitas ou humilhantes;
- É forçado a prostituir-se mesmo se estiver doente ou durante a gravidez grávida;
- Está sempre acompanhado quando sai;
- Tem tatuagens ou outras marcas que indiquem que são “propriedade” do explorador;
- Não traz dinheiro consigo;
- Não fica com o dinheiro que ganha e tem de entregá-lo a outra pessoa;
- Não pode ficar sozinha quando vai ao médico ou a prestadores de serviços sociais;

Red Flags de Exploração Laboral:

- É-lhe exigido que realize trabalhos perigosos sem equipamento de proteção adequado;
- Não tem a formação e experiência necessárias para trabalhar com segurança;
- É-lhe exigido que realize atividades ilícitas ou humilhantes;
- É-lhe exigido que trabalhe mesmo estando doente ou durante a gravidez;
- Não tem verdadeiros representantes para negociar as suas condições no local de trabalho;
- Tem de fazer horas extra sem receber remuneração por esse tempo;
- Parece exausto e tem um aspeto descuidado;
- Tem de trabalhar horas extra para ganhar o salário mínimo legal;
- Se, numa dada ocasião, se recusar a trabalhar horas extra, nunca mais volta a ter oportunidade de fazê-lo;
- Trabalha por chamada (24 horas por dia, 7 dias por semana);
- Os horários são fora do normal;
- Também trabalha na propriedade privada do empregador;
- São-lhe negadas pausas, dias de folga, tempo livre, e os benefícios a que tem direito, tais como férias pagas;
- Espera-se que viva no mesmo local onde trabalha;
- Existe um grupo étnico excessivamente representado no local de trabalho;

Red Flags de Exploração para Mendicidade:

- É transportado de um lugar para outro para mendigar;
- É forçado a mendigar durante todo o dia;
- Parece estar cansado e exausto;
- É forçado a mendigar mesmo se estiver doente ou durante a gravidez;
- Parece ser portadora de deficiências;
- Está a usar/vender/esconder/transportar substâncias ou armas ilegais;
- Parece ter medo;
- Não traz dinheiro consigo;
- Está acompanhado por um menor (bebés de colo);
- Exibe letreiros em português, mas não fala a língua.

Red Flags de Exploração Infantil:

- Não tem acesso aos respetivos pais ou tutores legais;
- Vive com adultos que não são os pais;
- Está desacompanhado;
- Não tem acesso à educação.

Alguns grupos de trabalhadores correm mais risco de se tornarem vítimas de traficantes e requerem uma atenção especial nos esforços de sinalização. Estes são: trabalhadores sazonais; trabalhadores da economia informal; pessoas com incapacidades mentais

3. Como abordar o utente?

Garantir a segurança

Caso o profissional esteja em contato presencial com a presumível vítima, a prioridade é ter a certeza de que a situação é segura tanto para ela como para o profissional.

Se necessário e possível, o profissional deve oferecer à pessoa alimentação, descanso e acesso à satisfação de outras necessidades básicas.

Avaliar se a pessoa é menor

Dada a especial vulnerabilidade, é importante que o profissional consiga determinar se a pessoa é uma criança (menor de 18 anos).

Em caso de dúvida, e se existirem razões suficientes para acreditar que a pessoa foi explorada de alguma forma, deve-se assumir que se trata de uma criança e esta deve receber, de imediato, assistência, apoio e proteção.

O profissional deve entrar imediatamente em contacto com os organismos governamentais com responsabilidade em matéria de proteção de crianças.

Certificar-se de que a pessoa compreende aquilo que lhe é dito

Não é aconselhável recorrer a conhecidos, familiares ou pessoas do mesmo grupo onde se encontrava a presumível vítima, pois podem estar relacionados com o traficante ou até ser o próprio.

Criar um ambiente de confiança e explicar quem é o profissional

Ofereça informações básicas à presumível vítima, incluindo informações sobre si, sobre para que organização trabalha, e qual o objetivo da conversa.

Peça o seu consentimento para iniciar a conversa.

Diga-lhe que pode interromper ou pedir mais informações sempre que quiser.

Informe-a de que a sua identidade será divulgada, somente com o seu consentimento, a entidades que prestem apoio e assistência.

Peça o seu consentimento para tomar notas durante a conversa, se precisar de o fazer, e explique a razão pela qual é necessário fazê-lo.

Enquanto estiver a falar e a ouvir a presumível vítima, lembre-se sempre de que deve seguir uma abordagem baseada nos direitos humanos, e que as vítimas de tráfico de seres humanos são detentoras desses direitos.

Ouvir, observar, fazer perguntas

O papel do profissional consiste em observar a situação e ouvir a pessoa a fim de obter informações suficientes para poder decidir se sinaliza, ou não, uma presumível vítima de tráfico de seres humanos.

4. O que NÃO DEVE fazer?

Uma questão fundamental na sinalização de presumíveis vítimas é evitar tratá-las como criminosas e, em consequência, detê-las, acusá-las ou afastá-las de Portugal por crimes que se relacionam diretamente com o seu estatuto de vítimas de tráfico ou com um tipo específico de exploração, como por exemplo a exploração para a prática de atividades criminosas.

5. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

No final da conversa, se o profissional concluir que a pessoa é uma presumível vítima de tráfico, deverá sinalizar a situação a uma Equipa Multidisciplinar Especializada (EME) para a Assistência a Vítimas de Tráfico de Seres Humanos (TSH). A EME fará uma avaliação cuidada dos indícios de TSH da situação e dará início à intervenção junto da vítima, com especial enfoque na avaliação das suas necessidades e na sua estabilização emocional. Para além disso, se a vítima consentir, a EME procederá à articulação com o Órgão de Polícia Criminal competente no sentido de se dar início a uma investigação criminal. O trabalho de assistência à vítima, assim como o seu encaminhamento para estruturas formais de apoio, acontece de forma independente da articulação com o Órgão de Polícia Criminal, uma vez que esta não é uma condição obrigatória para o decorrer da intervenção.

Existem várias possibilidades de acompanhamento, a saber:

A pessoa é uma criança

- Articular com a Equipa Multidisciplinar Especializada (EME) na Assistência a Vítimas de Tráfico de Seres Humanos (TSH) e com entidade competente para a proteção de menores.

A pessoa é um/uma adulto/a

- Articular com a Equipa Multidisciplinar Especializada (EME) na Assistência a Vítimas de Tráfico de Seres Humanos (TSH).
- Esta concorda em ser encaminhada para a autoridade competente, é necessário a articulação com a mesma. Esta articulação pode ser garantida pela EME, uma vez que estas Equipas dispõem de canais de comunicação privilegiados com os Órgãos de Polícia Criminal competentes nesta matéria.
- Esta não quer ser encaminhada para a autoridade competente, deverá aceitar a sua decisão, mas disponibilizar toda a informação. Em Portugal, deve-se informar as autoridades quando se tem conhecimento de um crime desta natureza, independentemente do consentimento da vítima (crime público) sempre respeitando o seu desejo em permanecer anónima, se for este o caso.
- Se não considera a pessoa como uma presumível vítima de tráfico de seres humanos, mas percebe que a pessoa precisa de algum tipo de apoio, forneça-lhe informações sobre as organizações de apoio específico para a sua situação e encaminhe.

6. Que meios de apoio existem?

Equipas Multidisciplinares Especializadas (EME) para Assistência de Vítimas de Tráfico de Seres Humanos: Existem 5 EME com atuação de âmbito Regional de forma a garantir uma resposta célere e de proximidade à vítimas de tráfico sinalizadas em todo o território nacional, devendo acionar-se a EME da região de permanência da vítima sinalizada. Estas Equipas são a resposta de primeira linha no caso de uma sinalização de TSH e garantem a articulação com todas as entidades necessárias (Ministério Público, Órgãos de Polícia Criminal, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, Centros de Acolhimento, Hospitais, etc..).

7. Contactos

- Equipas Multidisciplinares Especializadas (EME) para Assistência de Vítimas de Tráfico de Seres Humanos:

- EME Norte - 918 654 101 | apf.sostshnorte@gmail.com
- EME Centro - 918 654 104 | apf.sostshcentro@gmail.com
- EME Lisboa - 913 858 556 | apf.sostshlisboa@gmail.com
- EME Alentejo - 918 654 106 | apf.sostsh.alentejo@gmail.com
- EME Algarve - 918 882 942 | apf.sostshalgarve@gmail.com

8. Onde obter mais informação?

- <http://www.apf.pt/violencia-sexual-e-de-genero/trafico-de-seres-humanos>
- <http://www.apf.pt/atuacao/projetos/eme>
- <http://www.apf.pt/atuacao/projetos/cap-centro-de-acolhimento-e-protecao-vitimas-de-trafico-de-seres-humanos>
- <https://www.otsh.mai.gov.pt/>

Violência Doméstica

Capítulo redigido por Rita Brandão, LORA NEMed-AAUAlg 2020

Capítulo Revisto por Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género 2020

1. O que é?

A violência doméstica é caracterizada por comportamentos complexos, diretos ou indiretos, que podem incluir atos físicos de violência, abuso emocional, abuso económico e abuso sexual exercidos sobre familiares, pessoas que coabitam o mesmo espaço, cônjuges/parceiros atuais ou passados independentemente de terem partilhado domicílio [“Istanbul Convention - Council of Europe” <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/>].2011]. As vítimas pertencem a diferentes estratos sociais, económicos e religiosos. Além disso estes crimes não são exclusivos de casais heterossexuais [<https://apav.pt/vd/index.php/features2>].

A violência doméstica é considerada crime público desde o ano 2000 [<https://www.cig.gov.pt/servicos/servico-de-informacao-as-vitimas-de-violencia-domestica/>] e é punível por lei com prisão de um até cinco anos [Revisão do Código Penal de 2007: Artigos 152.º, 152.º-A e 152.º-B do Código Penal]. Em 2013 a expressão “relação de namoro” foi acrescentada (lei nº 19/2013). A natureza de crime público implica que a vítima não precisa de apresentar queixa para que o Ministério Público atue. Além disso, a vítima não pode retirar a queixa.

De 2013 a 2018, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima registou quase 43.500 processos de apoio a vítimas de violência doméstica e identificou mais de 104 mil crimes em contexto de violência doméstica (ou seja, uma média acima de 21 mil factos criminosos por ano) [https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013_2018.pdf]. Em 2019 verificou-se um aumento de 25%, com 11.676 vítimas identificadas [https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf].

Perfil da vítima em 2019: a maioria das vítimas eram do sexo feminino (80%), sendo que houve um aumento das vítimas do sexo masculino (19%) e 0,1% eram intersexo. 67% das vítimas têm entre 25 a 54 anos [https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-relatorio_Anual_2019.pdf; https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013_2018.pdf; webinar Violência Doméstica pela APAV, 29 Abril 2020].

Os agressores são maioritariamente do sexo masculino (86%), com idades entre os 25 e os 54 anos (74%) e sem doença mental *à priori*. Também é de salientar que nem sempre se verifica que seja o álcool e/ou drogas que conduzem o agressor ao crime [https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013_2018.pdf; webinar Violência Doméstica pela APAV, 29 Abril 2020; <https://apav.pt/vd/index.php/features2>].

2. Como detetar?

A violência doméstica tem impacto na saúde da vítima podendo conduzir a dor crónica, disfunção sexual, depressão, ansiedade, desordens alimentares e distúrbios do sono. (Sugg, 2015). É então extremamente importante a identificação de vítimas precocemente. Para uma melhor identificação destas situações, o agressor que por vezes acompanha a vítima, não deverá estar presente na consulta.

Alguns sinais e sintomas físicos sugestivos de violência doméstica:

- utilização repetitiva dos serviços de urgência
- isolamento familiar e social
- historial de abortos de repetição
- ter sofrido ou presenciado situações de maus-tratos
- lesões frequentes
- problemas gastrointestinais
- cefaleias
- cervicalgias
- dor crónica
- dor pélvica
- distúrbios do sono
- náuseas
- depressão

Seguem abaixo algumas recomendações de como atuar em situações particulares:

a. Na consulta?

O rastreio deverá ser feito a sós com o/a utente independentemente da presença de indicadores de violência. Este deve ser feito na primeira consulta, quando surgem novas queixas, quando se toma conhecimento de que o/a utente inicia uma nova relação, e sempre que se ache relevante. Grávidas, pessoas idosas e dependentes deverão ser alvo de especial atenção.

Se não houverem condições de privacidade, as questões de rastreio não devem ser colocadas, sendo adiadas. Também se devem adiar se existirem indícios de que se poderá estar a colocar o/a utente em risco.

Exemplo de uma abordagem inicial:

- Sabemos que a violência é um problema comum e que traz consequências para a saúde. Por isso pergunto aos meus utentes se já foram vítimas de algum tipo de violência, de forma a melhor poder ajudá-los quando necessário...

Exemplos de questões de rastreio:

- No seu caso, já foi ou está a ser vítima de algum tipo de violência? (exemplificar)
- Está satisfeito/a com a sua relação conjugal ou familiar?

b. Na urgência?

Se a vítima não precisa de cuidados urgentes e os factos ocorreram há menos de 72h, deve tentar-se recolher informações sobre o evento tais como o contexto e tipo de agressão, seguindo-se um exame sumário. Se existir apoio de um Médico-Legista, encaminha-se o/a utente para Exame pericial. Caso não haja um médico-Legista disponível, realizar exame físico e recolha de vestígios.

Se a vítima se encontrar inconsciente ou a necessitar de cuidados básicos urgentes, inicia-se a intervenção terapêutica evitando destruir/contaminar possíveis vestígios, os quais devem ser recolhidos quando a vítima se encontrar estabilizada. As observações efetuadas devem ser registadas pormenorizadamente. Deve-se obter o consentimento Informado, Livre e Esclarecido da vítima e encaminhar para os serviços Médico-Legais.

De notar que a vítima não deve comer, beber ou fumar; urinar ou defecar (se não for possível evitar, recolher em recipientes adequados); lavar o corpo (incluindo mãos, boca e órgãos genitais); limpar e/ou cortar unhas; mudar ou deitar fora roupa ou objetos de higiene íntima usados durante ou imediatamente após a agressão; pentear-se ou escovar os dentes; alterar o espaço físico em que ocorreu a agressão.

3. Como abordar o utente?

a. Se este estiver sozinho

- Conversar calmamente com a vítima. Tentar conhecer o contexto e ser compreensivo; não pressionar.
- Numa situação em que a vítima não reconhece que se encontra numa situação de violência, deve-se começar por tentar que esta o reconheça, informando o/a utente sobre a avaliação que se fez da sua situação. Trabalhar com a vítima a tomada de consciência e reconhecimento da situação em que se encontra.
- Deve-se oferecer apoio integral e interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos e sociais.
- Apoiar a vítima nas suas decisões.
- Informar sobre os recursos de apoio disponíveis nesta área e, em caso de aceitação, realizar o encaminhamento.
- Se houver fortes indícios de violência e a vítima não quer apresentar denúncia, estando asseguradas as condições de segurança e proteção da vítima, denunciar enviando cópia do Formulário da denúncia de Crime para o Ministério Público.
- Se houver suspeita com fortes indícios de existência de perigo eminente, atuar segundo o protocolo – situação de perigo.

b. Se este estiver acompanhado

Não se deve abordar as questões da violência doméstica quando o/a utente está acompanhado, pelo risco de retaliações.

Tentar obter privacidade.

4. O que não deve fazer?

Nunca propor que a vítima deixe o/a agressor/a, mas apoiar a decisão da vítima se expressar esse pensamento/desejo.

Deve-se colaborar e ajudar a vítima, mas não desrespeitar a sua autonomia.

Não denunciar ao Ministério Público sem primeiro assegurar que a vítima e/ou descendentes estão em segurança, tendo em conta a avaliação de risco efetuado em conjunto.

5. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

Se houver algum (suspeita) tipo de risco, preencher o formulário de Registo Clínico de Violência. Encaminhar para EPAV (Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos) ou NACJR/NHACJR (Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/ Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco).

6. Que meios de apoio existem?

Em primeiro lugar, convém salientar que a gestão da situação deverá ser da responsabilidade do profissional que realiza o atendimento, com exceção dos serviços de urgência.

Para recolha de provas, poderá haver um Médico-Legista disponível ou não 24h. A sinalização de vítimas faz-se para as EPAV (Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos) e NACJR/NHACJR (Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/ Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco), e a denúncia de crime é feita diretamente para o Ministério Público. O acompanhamento deverá ser feito por uma equipa multidisciplinar e depende das necessidades do/a utente.

Aplicação de Violência Doméstica da CIG: <https://www.cig.gov.pt/acoes-no-terreno/campanhas/app-vd-apoio-violencia-domestica-2018/>

Linha Nacional de Emergência Social: 144

Serviço de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica: 800202148 (gratuito)

APAV (das 9h às 21h): 116 006

800 21 90 90 (para assuntos relacionados com *cyberbullying*, *sextortion*, ou outras formas de “ataque” digital)

7. Onde obter mais informação?

- <http://www.violenciadomestica.uevora.pt/index.php?/Violencia-Domestica/Definicao>
- <https://apav.pt/vd/index.php/features2>
- <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/>.2011
- https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf
- https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013_2018.pdf
- <https://www.cig.gov.pt/portal-violencia-domestica/>
- <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf1.aspx>

Violência no Namoro

Capítulo redigido por Plano i 2019

Capítulo revisto por Plano i 2020

1. O que é?

A violência no namoro é a prática de comportamentos de caráter abusivo físico, psicológico, emocional, verbal, social, sexual e/ou económico que ocorre no âmbito de relações de intimidade entre pessoas do mesmo sexo ou de sexo diferente. A violência tende a ocorrer de forma gradual e multidimensional, quando várias tipologias de violência ocorrem em simultâneo e é também cíclica, geralmente aumentando na sua intensidade e frequência ao longo do tempo.

De acordo com os dados do Observatório da Violência no Namoro de 2018, 90.1% das vítimas são do sexo feminino, com uma média de idades de 22 anos, e 92.1% dos agressores do sexo masculino, com uma média de idades de 26 anos, sendo que em 60.4% das situações estes eram ex-namorados das vítimas.

A tipologia de violência mais frequente é a psicológica (93.9%) e é também esta que afeta mais severamente as vítimas (65.3%). O local de ocorrência do crime mais frequente é a casa em 69.7% dos casos, seguida da rua com 50.9%.

As causas mais frequentemente atribuídas à ocorrência da violência são os ciúmes em 72.8% das situações, seguida dos problemas familiares (27%) e do consumo de álcool ou de outras substâncias pela pessoa agressora (24%). A maior parte das vítimas (50.6%) lidou sozinha com a sua situação de vitimação e 72.3% não apresentaram denúncia formal às autoridades competentes.

2. Como detetar?

Estar atento/a aos seguintes sinais:

- Depressão, medo, irritabilidade e/ou ansiedade;
- Isolamento social;
- Faltar às consultas;
- Negar ou minimizar a gravidade do problema e/ou lesões;
- Problemas de concentração e memória;
- Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir;
- Autorresponsabilização, culpa e vergonha;
- Mudanças no comportamento habitual;
- Comportamentos de risco (consumos, automedicação, automutilação);
- Ideação suicida;
- Lesões não coincidentes com a descrição do/a utente;
- Lesões nas mãos, na cara e membros superiores (e.g., fraturas do nariz e dentes), em diferentes estados de cicatrização.

3. Como abordar o utente?

Privilegiar que o atendimento/consulta seja realizado a sós com o/a paciente, não colocando questões acerca das lesões apresentadas e/ou violência sofrida na presença de outras pessoas que o/a acompanhem, a não ser que a vítima o aceite e considere positivo.

O atendimento deve ser realizado num espaço privado e confortável, devendo o/a profissional de saúde:

- Escutar ativa e empaticamente;

- Criar uma relação de empatia e confiança que facilite o relato;
- Acreditar na experiência de maus-tratos que é relatada pela vítima;
- Tratar o/a utente com respeito e sem julgar as suas decisões;
- Enfatizar que a violência nunca é justificável e afirmar o direito a uma vida sem violência nem medo;
- Encorajar a procura de serviços de apoio especializado;
- Responder às necessidades da vítima e, se necessário, desenvolver um plano de segurança;

4. O que NÃO DEVE fazer?

O profissional de saúde deve ter em conta as seguintes diretrizes:

- Não dar conselhos pessoais, não fazer julgamentos nem emitir juízos de valor ou afirmações assentes em estereótipos, mitos ou crenças infundadas;
- Não sugerir à vítima que tente remediar a situação e manter-se na relação;
- Não sugerir que saia de casa sem qualquer planeamento de segurança;
- Não usar palavras e/ou expressões que a vítima não compreenda;
- Evitar a prescrição excessiva de sedativos;
- Não confrontar o/a companheiro/a da vítima, tendo em consideração a não presunção da heterossexualidade do/a utente.

5. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

Após o (re)conhecimento de uma situação de violência doméstica, o/a profissional de saúde deverá priorizar uma resposta imediata às lesões físicas apresentadas, devendo em situações de urgência, contactar um/a perito/a médico-legal que possa efetuar a recolha de vestígios e preservação da prova para posterior utilização como meio fundamental de prova no âmbito da investigação criminal.

Pelo impacto psicológico da violência sofrida, deve também ser encaminhado/a o/a utente para um atendimento psicológico especializado.

Deverá também perceber e documentar o eventual risco no qual o/a utente se encontra, possibilitando compreender a frequência e gravidade da violência, os consumos de álcool e/ou outras substâncias, a perceção de risco/medo pela própria vítima, a rede primária de apoio da vítima e o risco de homicídio, através do historial de violência sofrida pela vítima e por terceiros.

Neste sentido, o/a profissional deve elaborar um plano de segurança adaptado à vítima:

- avaliar quais as saídas da casa;
- evitar divisórias como a cozinha ou casa de banho pela facilidade de chegar a objetos potencialmente perigosos como facas, louças ou outros;
- gravar o contacto da esquadra mais próxima sob o nome de um/a amigo/a;
- gravar o contacto de alguém de confiança a quem possa pedir ajuda como o primeiro da sua lista de contactos;
- caso existam, avisar vizinhos/as de confiança da situação que está a vivenciar, pedindo-lhes que estejam atentos/as a sinais de alerta;
- caso existam, ensinar os/as filhos/as a chamar a polícia;
- documentar (e.g. fotografias, exames médicos, auto de denúncia) as provas da violência sofrida;
- preparar, sem o conhecimento da pessoa agressora, uma mala com bens essenciais (e.g., roupa, medicação, documentos) para utilizar caso seja

- necessário sair rapidamente de casa e, nesse caso, não voltar a contactar a pessoa agressora nem revelar a sua nova morada;
- alterar os percursos e locais habitualmente frequentados e evitar andar sozinho/a;
 - informar a escola ou a entidade empregadora, escola dos/as filhos/as (caso existam) e amigos/as e familiares da situação;
 - alterar o número de telefone;
 - reforçar a segurança em casa (e.g., novas fechaduras, alarmes).

6. Que meios de apoio existem?

Aquando de uma situação de vitimação, a vítima tem o direito de ser indemnizada pela pessoa que cometeu o crime, quando esta for condenada. Para isso, deve informar o Ministério Público ou a polícia durante a fase de inquérito, ou seja, durante a investigação do crime e antes do julgamento.

Em alguns casos, o Ministério da Justiça pode apoiar as vítimas de crimes violentos através da Comissão de Protecção às Vítimas de Crime (CPVC). Este apoio pode ser financeiro (em dinheiro) ou psicossocial, e pode ser dado logo no início do processo. Pode ser feito em parceria com outras entidades de apoio à vítima, onde existem serviços gratuitos e especializados no qual poderá receber assistência social, psicológica e/ou jurídica. Através do Guia de Recursos para a Violência Doméstica da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, disponível online em <http://www.guiaderecursosvd.cig.gov.pt/>, todas estas estruturas poderão ser facilmente localizadas.

O estatuto de vítima também lhe concede alguns direitos, como o direito à protecção, em termos de segurança física e vida privada, para si, para a sua família ou para pessoas de situação equiparada.

O Estado assegura, gratuitamente nos casos estabelecidos na Lei n.º 34/2004, de 29 de julho, alterada pela Lei n.º 47/2007, de 28 de agosto, que a vítima tenha acesso a consulta jurídica e, se necessário, o subsequente apoio judiciário.

7. Onde obter mais informação?

- 112 – Linha de Emergência Nacional
- 144 – Linha Nacional de Emergência Social
- 800 202 148. - Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica
- <https://www.cig.gov.pt/> - Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
- APP VD - Apoio contra a violência doméstica – disponível para download gratuito na App Store e na Google Play Store
- <http://www.guiaderecursosvd.cig.gov.pt/> - Guia de Recursos na Área da Violência Doméstica
- <https://cpvc.mj.pt/> - Comissão de Protecção a Vítimas de Crime
- <http://www.pgdlisboa.pt/> - Estatuto de Vítima
- <http://www.psp.pt/> - Polícia de Segurança Pública
- <https://www.gnr.pt/> - Guarda Nacional República
- <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/> - Sistema de Queixa Eletrónica
- Ministério Público
- Hospitais e Centros de Saúde

Violência Sexual

Capítulo redigido por GTSSR 2019

Capítulo revisto por APAV 2020

1. O que é?

Segundo a OMS, 2015, a violência sexual é “qualquer ato de natureza sexual que é perpetrado contra a vontade de outrem”. É uma das formas de violência de género, maioritariamente, perpetrada por homens contra mulheres e raparigas. Em termos de idade, a violência sexual pode ocorrer em qualquer idade, de forma mais preponderante no período da infância e pode ser executada por progenitores, familiares, cuidadores, pessoas conhecidos/desconhecidos, bem como por parceiros sexuais.

A violência sexual pode ocorrer em todas as estratos sociais da sociedade e podem ser vítimas pessoas de todas as idades, sexo, profissões, orientações sexuais, religiões, origem racial ou étnica.

O assédio sexual é todo o comportamento indesejado de carácter sexual, sob forma verbal/não verbal ou física, com o objetivo de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.

O assédio sexual ou moral, afeta o ambiente de trabalho e tem um efeito devastador, quer sob as entidades empregadoras, quer sobre as vítimas, as quais podem desencadear *stress* pós-traumático, ansiedade, perda de auto estima, depressão, apatia, irritabilidade, perturbações memória/sono, podendo conduzir ao ponto extremo do suicídio.

2. Como detetar?

As reações à violência sexual variam em função de muitos fatores. Assim, há vítimas que imediatamente pedem ajuda, principalmente se necessitam de cuidados de saúde urgentes, outras demorarão meses ou até anos a revelar a agressão e ainda outras nunca o farão.

a. Na consulta

Deve-se estar com atenção para se detetar sentimentos por parte das vítimas, como: culpa, vergonha, tristeza, isolamento, falta de controlo, raiva, negação, auto-mutilação, estado de hipervigília ou baixa auto-estima.

b. Na urgência

Dar especial enfoque a sinais e sintomas físicos, como lesões físicas (lesões cutâneas, hemorragias vaginais/anais), gravidez indesejada, aborto induzido, sempre aliados a uma componente emocional/psicológica desenquadrada.

3. Como abordar o utente?

a. Se este estiver sozinho

É importante perceber qual o estado psicológico e emotivo em que a vítima se encontra, tentando comunicar de forma calma e ouvir com uma profícua capacidade ouvinte. De forma a deixar a vítima totalmente desinibida para que esta se possa sentir confortável para relatar a experiência vivida e pedir ajuda.

1. Se a pessoa relata espontaneamente uma situação de vitimação, deve promover-se uma escuta ativa, empática, isenta de julgamentos ou considerações sobre a atuação/não atuação da vítima. Deve fazer-se uma breve avaliação do estado atual da vítima (físico e psicológico/emocional),

sugerindo o contacto com uma estrutura de apoio a vítimas de crime, caso seja maior. Adicionalmente, nestes casos, o profissional de saúde poderá tomar a iniciativa de, ele próprio, estabelecer esse contacto na presença da vítima e com o consentimento da mesma, como "ponte". Caso a vítima seja menor, deverá ser feita a articulação com as Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude e/ou Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

2. Se a pessoa não relata de forma espontânea a situação de vitimação, mas a suspeita sobre a mesma surge no/a profissional de saúde, caso a vítima seja maior, o/a mesmo deverá procurar perceber de forma pouco intrusiva o motivo/origem das suas manifestações clínicas físicas e/ou emocionais (ex.º "vejo que está bastante ansioso/a. Houve algum acontecimento recente na sua vida que possa ter levado a isto?"; "relativamente a estes hematomas, sabe-me dizer como é que aconteceram?"). Caso a vítima seja ainda menor e o/a profissional de saúde suspeite de uma situação de violência sexual deve, de imediato, comunicar a suspeita à Polícia Judiciária, que é a única entidade com competência para investigação de crimes desta natureza contra menores. Regra geral, os crimes de natureza sexual contra menores são de natureza pública e a ação deve ser o mais célere possível no sentido de proteger as vítimas. O/A profissional de saúde não tem de reunir "provas" para o efeito.

b. Se este estiver acompanhado

No caso de a vítima estar acompanhada deve-se estar atento para averiguar a possibilidade de aquela pessoa estar por dentro do assunto em causa ou mesmo de ser ela o agressor. Deve-se sempre pedir para consultar a vítima em privado, sem a presença de uma terceira pessoa.

4. O que NÃO se deve fazer?

- Desvalorizar a situação, usando expressões como: "poderia ter sido pior";
- Não fazer comentários que indiretamente culpabilizam a vítima, usando expressões como: "deveria ter tentado fugir/impedido o assédio"; "não devia estar naquele sítio àquela hora", "se calhar não foi bem assim", "não devia ter bebido tanto", "não devia usar essa roupa", "eles têm necessidades";
- Não se devem usar expressões que incitem à raiva ou violência;
- Não se deve desencorajar a vítima a agir (ex. "pode fazer queixa mas isso não vai dar em nada").

5. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

- Serviços da Saúde (médicos especialistas, como ginecologistas; enfermeiros; psicólogos; psicoterapeutas; peritos em psicotraumatologia e assistentes sociais)
- Serviços Médico-Legais/Forenses
- Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude
- Sistema Judiciário (Ministério Público)
- Órgãos de Polícia Criminal (PSP, GNR, PJ, SEF)

6. Que meios de apoio existem?

- APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - 116 006)
- CITE (Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego)
- ACT (Autoridade para as condições no trabalho)
- Centrais Sindicais: CGTP (Confederação geral dos trabalhadores portugueses); UGT (União geral de trabalhadores).

7. Onde obter mais informação?

- <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/violencia-sexual-guia-de-bolso-para-profissionais-pdf.aspx>
- www.apav.pt/care
- <https://apav.pt/unisexo2/index.php/pt/>
- <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/violencia-sexual-guia-de-bolso-para-profissionais-pdf.aspx>
- https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- <https://apav.pt/care/index.php/manual-care>
- <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/violencia-sexual-guia-de-bolso-para-profissionais-pdf.aspx>
- http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/publics/Manual_Formac_Assedio_Sexual_Moral_Local_Trabalho.pdf

Violência Sexual contra homens e rapazes

Capítulo redigido por Quebrar o Silêncio 2019

Capítulo Revisto por Quebrar o Silêncio 2020

1. O que é?

Antes de começarmos é importante clarificar que violência sexual não é sexo, é crime.

Violência sexual implica o exercício de um comportamento sexualizado, com ou sem contacto físico, sobre a vítima, contra a sua vontade e sem o seu consentimento. Importa salientar que no caso de abuso sexual infantil o consentimento não é possível; qualquer contacto sexualizado entre um adulto e uma criança, a responsabilidade é única e exclusivamente do abusador.

Qualquer pessoa pode abusar sexualmente, independentemente da relação que mantém com a vítima (familiar, amigo/a, namorado/a colega, etc) e pode acontecer em qualquer contexto (familiar, escolar, profissional, outros), existindo casos de abuso que ocorrem uma vez (casos pontuais) ou casos de violência sexual continuada no tempo.

Além de crime, a violência sexual é também uma violação grave dos direitos humanos e acontece independentemente da crença religiosa, etnia, cultura, escolaridade, situação económica, idade, classe social, origem, profissão ou orientação sexual quer do homem ou rapaz, quer do agressor ou agressora.

Independentemente do que tenha acontecido, a violência sexual é uma experiência potencialmente traumática que pode ter efeitos devastadores na vida da vítima.

Estudos indicam que 1 em cada 6 homens é vítima de alguma forma de violência sexual antes dos 18 anos, embora o abuso sexual possa acontecer em qualquer idade.

2. Como detetar?

Os homens sobreviventes de abuso sexual tendem a desenvolver Perturbação Stress Pós Traumático, que pode ser avaliada através da existência de alguns comportamentos, atitudes e padrões de funcionamento.

É importante ter em mente que:

A presença destes comportamentos não é uma garantia de que o utente seja sobrevivente de abuso sexual.

Alguns dos factores mais perceptíveis e comuns são:

- Crenças negativas sobre o próprio e sobre o mundo: “Não posso confiar em ninguém”, “estou estragado”.
- Dificuldade em experienciar emoções positivas.
- A existência de comportamentos de impulsividade/agressividade, que muitas vezes promovem o envolvimento em alterações, instabilidade laboral e conflitos em relações.
- A presença de níveis de ansiedade elevados, por vezes patológicos.
- Estado de hipervigilância constante que tende a estar associado a um difícil início e/ou manutenção do sono. “Custa-me a adormecer”, “Até adormeço mas acordo com qualquer barulho”.

- Comportamentos de gestão emocional e de ansiedade disruptivos, como o consumo exagerado de tabaco, álcool ou estupefacientes, dedicação de horas excessiva ao trabalho, dedicação exagerada ao desporto e atividade física ou outro passatempo.
- Comportamentos auto-destrutivos ou de risco, como condução a grande velocidade, procura de atividades de alto risco, envolvimento em lutas.
- Questões relacionadas com a sexualidade do sobrevivente também são comuns.

a. Na consulta?

O estabelecimento de uma relação de proximidade pode permitir identificar mais facilmente padrões de comportamento desajustados ou de risco na vivência diária do utente.

Não toque no utente. Qualquer contacto físico só deve ser acontecer após pedir pelo consentimento explícito do mesmo.

b. Na urgência?

Entradas na urgência por crises de ansiedade/pânico, overdoses, comas alcoólicos e envolvimento em disputas físicas, que não seja o primeiro registo na ficha do utente, podem ser indicadores de uma história de violência sexual. Surtos psicóticos (que não sucedem em consequência de patologia) podem igualmente ser um alerta.

3. Como abordar o utente?

O que DEVE fazer?

Se um utente partilhar que foi vítima de violência sexual:

a. Se este estiver sozinho

- Escute com atenção e calma.
- Agradeça e valorize o ato de coragem que foi partilhar a história de abuso.
- Reconheça o sofrimento do utente: “imagino que não seja fácil gerir esta situação”:
- Disponibilize-se para ajudar da maneira que for possível: “posso sugerir o encaminhamento para um/a colega de uma área mais especializada para ajudá-lo”, envolvendo-o no processo de tomada de decisão.
- Aceite se o utente não quiser mais abordar o assunto e/ou não quiser ajuda especializada.
- Disponibilize-se para um contacto futuro se o sobrevivente sentir essa necessidade.

b. Se este estiver acompanhado

- Se for uma situação de crise, solicite a saída do acompanhante para conversar a sós com o utente (deve ser trabalhado com o utente uma justificação alternativa a apresentar a/o acompanhante).
- Não aborde o abuso perante o/a acompanhante, a não ser que o utente o faça.
- Se for possível, agende nova consulta para breve e faça-a apenas com o utente.

O que NÃO DEVE fazer?

Em momento algum o profissional de saúde deve:

- Ignorar a partilha do sobrevivente.
- Desvalorizar a história e o sofrimento do utente: “Não pense nisso que já passou”, “Isso foi só uma brincadeira de crianças”, “Isso já foi há tanto tempo...”.
- Questionar o utente sobre pormenores do abuso: “Quem é que abusou de si?”, “Onde é que aconteceu”, “Como é que é que aconteceu?”.
- Deixar o utente sair da consulta sem sugestão de acompanhamento especializado.
- Forçar partilha ou exigir informações que possam retraumatizar a vítima.
- Questionar o acompanhante do utente sobre o assunto.

4. Como ajudar/reportar/encaminhar para outras entidades especializadas?

Se o caso de violência sexual tiver sucedido num período inferior a 6 meses, pode sensibilizar o sobrevivente para denunciar o crime às autoridades responsáveis. Pode igualmente ajudar o sobrevivente a procurar apoio psicológico especializado, nomeadamente encaminhando-o para os serviços da Quebrar o Silêncio. Este encaminhamento pode ser feito independentemente de quando o abuso ocorreu - infância ou em idade adulta.

5. Que meios de apoio existem?

A Quebrar o Silêncio é uma associação de apoio especializado para homens e rapazes vítimas/sobreviventes de violência sexual. Os serviços de apoio são gratuitos, anónimos e confidenciais.

Serviços disponíveis:

- Acompanhamento Psicológico
- Grupos de Ajuda Mútua
- Apoio entre Pares
- Acompanhamento Psicológico por vídeo chamada
- Linha de Apoio
- E-mail de Apoio

6. Onde obter mais informação?

- Quebrar o Silêncio
 - www.quebrarosilencio.pt
- Contactos gerais:
 - 915 340 249
 - info@quebrarosilencio.pt
- Contactos para encaminhamentos:
 - Linha de Apoio 910 846 589
 - E-mail: apoio@quebrarosilencio.pt

Apoio Técnico

Podes ler mais iniciativas da ANEM como estas aqui:

Guia de Vacinação - <https://anem-guia-vacinacao-gtsp.github.io/>

Booklet de Alimentação Vegana -

<https://drive.google.com/file/d/1DbyxWnsB8AhLusHF2dbfnB3Tf7ukth4q/view?usp=sharing>

Nutrição no Desporto -

https://drive.google.com/file/d/1AUXZ68_JklzHReH58D5yFYz9IL4yJRZg/view?usp=sharing

Dieta Dash e Prevenção Cardiovascular -

<https://drive.google.com/file/d/1z8EDSTCl0YdGgEakWPdJJ34slwsvsm5qT/view?usp=sharing>

Guia Contra a Discriminação na Saúde -

https://issuu.com/sarapintomoura/docs/anem_guia_contra_a_discrimina_o_n_fc4ab9b4b38e6a

Guia de Saúde para a Família Acolhida -

https://issuu.com/anempormsic/docs/guia_de_sau_de_para_a_fami_lia_acol

