

SUSPEITA DE MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA NO CONTEXTO DE DISFUNÇÃO SEXUAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SUSPECTED FEMALE GENITAL MUTILATION IN THE CONTEXT OF SEXUAL DYSFUNCTION: A CLINICAL CASE REPORT

Autores:

Luísa Marques Gomes¹

RESUMO

Introdução: A mutilação genital feminina, conjunto de procedimentos que envolvem a remoção ou dano dos órgãos genitais externos da mulher por razões não médicas, é reconhecida como uma violação dos direitos das mulheres. Esta prática tem graves consequências físicas e psicológicas, nas quais se incluem dispareunia, diminuição do prazer sexual e dificuldade na penetração vaginal. A abordagem das vítimas deve ser sensível, evitando julgamentos, dado que frequentemente quem perpetua esta prática acredita estar a defender o melhor interesse da família. A agenesia do clítoris é uma entidade rara, pelo que devem ser excluídas outras causas na ausência deste órgão, nomeadamente a prática de mutilação genital.

Descrição do caso: Mulher de 38 anos, saudável e natural de Angola, recorreu a consulta por desejo sexual hipoativo, dispareunia e dificuldade na penetração. Apesar de melhoria transitória do quadro com acompanhamento prévio por Sexologia, teve recidiva da disfunção sexual pós-parto. Relata, em momentos íntimos, pensamentos intrusivos sobre a expectativa dolorosa e crenças religiosas. Ao exame ginecológico, apresentava ausência do clítoris; quando abordada a possibilidade de ter sido submetida a mutilação genital feminina, a doente nega.

A história clínica é sugestiva de perturbação do interesse/excitação sexual e perturbação de dor genitopélvica/penetração. Foram identificados fatores de vulnerabilidade individual - culpabilização, baixa abertura à experiência, ansiedade de desempenho e predomínio de esquemas de incompetência; dos fatores socioculturais, destacam-se as atitudes negativas face à sexualidade e as crenças sexuais disfuncionais. Como intervenção, foram propostas técnicas de foco sensorial e psicoterapia, tendo a doente sido referenciada à consulta de Medicina Sexual e de Ginecologia.

Comentário: O clítoris, constituído por porção externa e interna, possibilita a satisfação sexual mesmo na ausência de glândula clitoriana. Perante uma disfunção sexual neste contexto, a mulher deve ser devidamente orientada e diagnosticada.

Palavras-chave: disfunções sexuais fisiológicas; disfunções sexuais psicogénicas; circuncisão feminina; clítoris; anormalidades

ABSTRACT

Introduction: Female genital mutilation, a set of procedures that involve the removal or damage of a woman's external genital organs for non-medical reasons, is recognized as a violation of women's rights. This practice has serious physical and psychological consequences, including dyspareunia, decreased sexual pleasure and difficulty with vaginal penetration. Approach to victims must be sensitive, avoiding judgments, given that those who perpetuate this practice often believe they are defending the family's best interests. Agenesis of the clitoris is a rare entity, therefore other causes must be excluded in the absence of this organ, namely the practice of genital mutilation.

Case description: A 38-year-old woman, healthy and born in Angola, sought medical advice due to hypoactive sexual desire, dyspareunia and difficulty with penetration. Despite a temporary improvement in the condition with prior counseling by Sexology, there was a postpartum recurrence of the sexual dysfunction. During intimate moments, the patient reports intrusive thoughts about expectations of pain and religious beliefs. Gynecological examination showed the clitoris was absent; when the possibility of having undergone female genital mutilation was raised, the patient denied it.

The clinical history is suggestive of sexual interest/arousal disorder and genito-pelvic pain/penetration disorder. Individual vulnerability factors were identified - guilt, low openness to experience, performance anxiety and predominance of incompetence schema; among sociocultural factors, negative attitudes towards sexuality and dysfunctional sexual beliefs stood out. As an intervention, sensate focus techniques and psychotherapy were proposed, and the patient was referred to Sexual Medicine and Gynecology consultations.

Comment: The clitoris, consisting of an external and internal portion, allows sexual satisfaction even in the absence of a clitoral glans. When faced with sexual dysfunction in this context, the woman must be properly guided and diagnosed.

Keywords: sexual dysfunction; psychological; circumcision; female; clitoris; abnormalities

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Sanus Carandá, Unidade Local de Saúde de Braga, Portugal

INTRODUÇÃO

A mutilação genital feminina (MGF) engloba todos os procedimentos que envolvam a remoção ou dano dos órgãos genitais externos da mulher, por razões não médicas.^{1,2} Esta prática é reconhecida internacionalmente como uma violação grave dos direitos das meninas e das mulheres e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 200 milhões de vítimas foram submetidas a estes procedimentos em todo o mundo.³

Enquanto manifestação de discriminação contra as mulheres, a MGF é uma forma de violência de género que se enquadra num universo sociocultural próprio.^{1,3} Nos países onde esta prática é prevalente, a MGF é frequentemente encarada como um ritual de iniciação das crianças do sexo feminino, destinando-se à preservação da moralidade, controlo da sexualidade da mulher e integração e aceitação social, podendo constituir um estigma a sua não realização.^{1,3}

A OMS define quatro tipos de MGF (explicitados na tabela 1), com diferentes subtipos que contemplam a diversidade de procedimentos inerentes.^{1,2} A maioria dos casos de MGF ocorre entre os 3 e os 10 anos de idade, apesar de existirem relatos de meninas sujeitas à prática desde o nascimento; por outro lado, pode ainda ocorrer na adolescência ou até na idade adulta, antes do casamento.³ Dada a existência de fluxos migratórios provenientes de países onde a prática da MGF é conhecida, a OMS alertou para o risco da continuidade desta prática em países

da União Europeia, nos quais se inclui Portugal. Das comunidades imigrantes residentes em Portugal, as mais afetadas pela MGF são originárias da África subsaariana, apesar desta prática ser conhecida um pouco por todo o mundo.^{1,3}

Um estudo de prevalência sobre a MGF,⁴ em Portugal, estimou que residem cerca de 5246 mulheres em idade fértil submetidas à prática neste país, sendo os tipos de corte predominantes os tipos I e II (clitoridectomia e excisão). Segundo a análise da Direção-Geral da Saúde (DGS) dos casos registados, em 2024 foram reportados 254 casos de MGF, totalizando 1290 casos registados desde 2015.⁵

A MGF tem consequências graves, físicas e psicológicas, que podem perdurar ao longo de toda a vida das vítimas. Entre as complicações imediatas associadas ao procedimento, contam-se a dor intensa, hemorragia, vulnerabilidade infecciosa e perigo de morte. Já as consequências a longo prazo envolvem infeções uroginecológicas, dismenorrea, desenvolvimento de úlceras, abscessos ou quistos dolorosos e maior incidência de complicações obstétricas. Igualmente nefastos são os danos psicológicos, que incluem depressão, ansiedade, diminuição da autoestima e sintomas de stress pós-traumático.^{1,3,6} No entanto, a evidência disponível sobre as complicações de acordo com o tipo e subtipo de MGF é limitada, em particular para o tipo I.²

Relativamente ao foro da sexualidade, todos os tipos de MGF podem ter um impacto negativo na função sexual. Destacam-se a diminuição ou ausência da sensibilidade e do prazer sexual, dispareunia, dificuldade na penetração vaginal e anorgasmia.^{1,6}

A abordagem de uma possível vítima de MGF deve sempre ser baseada no respeito e empatia, evitando julgamentos e opiniões preconcebidas. Frequentemente, as figuras familiares que perpetuam esta prática acreditam estar a defender a família e o melhor interesse das meninas e mulheres, pelo que os profissionais que lidam com esta realidade deverão mostrar-se sensíveis às suas motivações, sem prejuízo da clara afirmação do desvalor, crime e consequências do ato. A garantia de confidencialidade e privacidade são indispensáveis e deve sempre ser assegurado o prévio consentimento da mulher para a observação ginecológica. Caso sejam detetadas alterações suspeitas no exame físico, os achados devem ficar devidamente registados no processo clínico, de modo a evitar a repetição da observação. Casos confirmados de MGF devem ainda ser registados na plataforma Registo de Saúde Eletrónico (RSE), para análise e eventual publicação pela DGS.^{1,3}

Tabela 1. Tipos e subtipos de mutilação genital feminina.

Tipo I, clitoridectomia	Remoção total ou parcial do clítoris e/ou do prepúcio. Tipo Ia: remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris. Tipo Ib: remoção do clítoris com o prepúcio.
Tipo II, excisão	Remoção total ou parcial do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios. Tipo IIa: remoção apenas dos pequenos lábios. Tipo IIb: remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios. Tipo IIc: remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios.
Tipo III, infibulação	Estreitamento do orifício vaginal, através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris. Tipo IIIa: remoção e aposição dos pequenos lábios. Tipo IIIb: remoção e aposição dos grandes lábios.
Tipo IV	Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos com fins não médicos, por exemplo: punção, perfuração, incisão, escarificação e cauterização.

Segundo a Associação para o Planeamento da Família,⁷ nos casos de MGF constatada, a abordagem à vítima deve ser conduzida com perguntas abertas e espaço de reflexão. Sempre que oportuno, devem ser fornecidos à mulher e sua família folhetos informativos sobre as consequências nefastas da prática e mencionado que o Código Penal português proíbe a prática da MGF (Lei n.º 83/2015). A terminologia utilizada deve ser adequada e culturalmente sensível, utilizando expressões que a própria pessoa usa em relação à prática, como corte, excisão, fanado, etc. Neste contexto, pode ser útil recorrer a um mediador intercultural, particularmente no momento de abordagem à família.¹⁷

A hipoplasia congénita do clítoris

A agenesia clitoriana, definida como a ausência completa deste órgão, e a hipoplasia, diminuição do tecido clitoriano, são entidades raras que podem surgir integradas em malformações complexas, como as síndromes de *Prader-Willi* ou de *Robinow*.^{8,9} Existem relatos de ausência congénita não sindrómica do clítoris,^{8,9} geralmente em associação com outras anomalias dos genitais externos e, mais raramente, como alteração isolada. Dado que os relatos de agenesia isolada do clítoris são escassos,⁹ é essencial distinguir entre causas congénitas e adquiridas de ausência clitoriana - a prática de mutilação genital feminina, particularmente do tipo I, deve sempre ser excluída.^{8,9}

Perante um achado de ausência de clítoris, deve ser realizada uma avaliação médica detalhada, de modo a excluir outras anomalias e auxiliar no aconselhamento da doente.⁸ Como órgão intimamente relacionado com o prazer sexual, uma anomalia do clítoris pode ter consequências na vivência da sexualidade e ser uma fonte de disfunção sexual, nomeadamente de distúrbios de excitação.

DESCRIÇÃO DO CASO

História Clínica

Mulher de 38 anos, natural de Angola, tendo-se estabelecido em Portugal na infância. Mãe de dois filhos, ambos os partos foram realizados por via vaginal e sem intercorrências, assim como as gravidezes. Sem antecedentes pessoais de relevo, cumpre uma alimentação variada e equilibrada, não consome substâncias de abuso e não faz qualquer medicação oral diária. É portadora de sistema intrauterino (SIU) hormonal, de levonorgestrel, dado que considera o seu projeto familiar concluído. Relativamente aos antecedentes familiares, refere apenas que a irmã mais nova foi diagnosticada com vaginismo.

A doente recorreu a consulta no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por disfunção sexual de longa evolução, com queixas de desejo sexual hipoativo e dispareunia. Referia dificuldade na penetração, com dor intensa associada, desde que iniciou atividade sexual, após o casamento com o marido. Com acompanhamento especializado por Sexologia, que iniciou em 2011, foi diagnosticada com vaginismo e teve período de melhoria das queixas de dispareunia e, conseqüentemente, da libido. Neste período da vida, a recuperação da atividade sexual resultou na sua primeira gravidez. No entanto, dada a melhoria e o facto de não considerar o acompanhamento uma prioridade económica, abandonou o seguimento nestas consultas.

Após o parto do segundo filho, teve recidiva da disfunção, com dispareunia marcada com a retoma da atividade sexual. A doente refere que a sua sexualidade se encontra atualmente limitada a penetração numa posição apenas, a que lhe traz menos dor, e que recusa novas experiências por “saber que vão doer”. Relata ainda que, em momentos de intimidade, tem frequentemente pensamentos intrusivos sobre a expectativa dolorosa e sobre a crença que “Deus está a ver”.

Relativamente à relação íntima com o marido, descreve-a como muito boa, relatando que este sempre se mostrou compreensivo e que sente que pode falar abertamente com ele - no entanto, tem frequentemente sentimentos de culpa, por sentir que o priva da vivência sexual. A doente tem a sua irmã como principal confidente, com quem partilha as suas dificuldades. Inicialmente, sentia pressão para resolver a disfunção sexual por parte dos seus pais, que questionavam e mostravam-se preocupados, mas refere que desde o nascimento dos filhos que tal não acontece.

Quando questionada sobre o acompanhamento prévio por Sexologia e as estratégias utilizadas, refere que algumas das abordagens foram úteis, como as técnicas de foco sensorial; no entanto, mostra desagrado sobre outras propostas que considera sujas e impróprias, como a masturbação. A doente menciona que sente desilusão e desesperança pela recidiva das queixas, mas que se encontra motivada para a recuperação - não só em prol da sua relação com o marido, mas também como exemplo para a sua filha, a qual gostaria que tivesse uma postura mais aberta relativamente à sexualidade.

Ao exame ginecológico, apresentava ausência da glândula do clítoris. A região clitoriana apresentava tecido liso, sem retrações ou aderências, não se identificando alterações sugestivas de processo cicatricial.

Não foram identificadas outras alterações à inspeção dos genitais externos, nomeadamente fusão dos pequenos lábios. As Figuras 1 e 2, representam a morfologia observada. Apresentava ainda escassa lubrificação do canal vaginal, com dificuldade e dor à introdução do espéculo ginecológico. Quando abordada a possibilidade de ter sido submetida a mutilação genital feminina, refere que não tem qualquer memória do evento e que a prática não faz parte da cultura da sua família, dado pertencerem à religião cristã.



Figura 1. Fotografia dos genitais externos da doente.



Figura 2. Fotografia dos genitais externos da doente.

Avaliação

As disfunções sexuais são caracterizadas por dificuldade clinicamente significativa em responder sexualmente ou experienciar prazer sexual, podendo manifestar-se isoladamente ou em combinação.⁶ Para que uma alteração da resposta sexual seja considerada disfunção, são necessários determinados critérios: duração mínima de sintomas de 6 meses, dificuldades presentes em todas ou quase todas as ocasiões de atividade sexual e sofrimento pessoal significativo. A história clínica apresentada é sugestiva de perturbação do interesse/excitação sexual e perturbação de dor genitopélvica/penetração.

A avaliação das disfunções deve ter em conta a perspetiva biopsicossocial da resposta sexual, abordando os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que podem influenciar a sexualidade e atuar como fatores predisponentes, precipitantes ou de manutenção das dificuldades. No caso exposto, do ponto de vista biológico, apontamos a ausência da estrutura anatómica do clítoris. Já relativamente ao contexto psicológico e relacional, evidenciaram-se fatores de vulnerabilidade individual, como a culpabilização, a perda de confiança na capacidade de desempenhar sexualmente e a baixa abertura à experiência. Outros fatores cognitivos e emocionais de risco identificados incluem a discrepância de desejo entre o casal, a ansiedade de desempenho e o predomínio de esquemas de incompetência.

Nesta doente, os fatores culturais e religiosos são talvez os mais marcantes. As atitudes negativas face à sexualidade demonstradas são possivelmente fruto de uma educação conservadora, em que a sexualidade assume legitimidade apenas com o objetivo de procriação. Associadamente, são observadas crenças sexuais disfuncionais, que resultam em atitudes repressivas e inibições de atividades sexuais ou de prazer.

Intervenção

O principal objetivo da intervenção na disfunção sexual é melhorar a intimidade e restaurar o prazer sexual, quer no indivíduo quer no casal. No caso relatado, foi estabelecido, em conjunto com a doente, que as prioridades terapêuticas seriam a exploração das inibições, a abordagem da dor e, consequentemente, o restabelecimento da satisfação sexual.

De modo a estimular a aprendizagem de novas formas de estimulação sexual e reestabelecer a intimidade física, foram sugeridas técnicas de foco sensorial, que permitem melhorar a capacidade de foco nas sensações de prazer. Estas técnicas consistem na exposição gradual a atividades sexuais na ausência

de exigência de desempenho e dividem-se em fases progressivas - prazer não genital, prazer genital, coito não exigente e coito com possibilidade de orgasmo.¹⁰ Neste caso, as duas primeiras fases assumem particular importância, pois não exigem penetração e possibilitam a experiência do prazer sexual sem o foco cognitivo na dor.

Exercícios de autoestimulação, com o objetivo de descoberta do prazer num contexto individual, podem ser úteis. A doente mantinha a sua oposição à masturbação, mas quando sugerido que a hidratação local com produtos apropriados seria benéfica para a secura e desconforto vaginal, mostrou-se aberta à sua utilização.

A psicoterapia individual assume-se, nestes casos, como fundamental na exploração de inibições individuais e reestruturação cognitiva. Esta intervenção permite desmistificar crenças disfuncionais e modificar atitudes negativas que impedem a vivência livre do prazer sexual. Neste âmbito, foi proposta a referência para a consulta de Medicina Sexual do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), que conta com uma equipa multidisciplinar e apoio psicológico especializado. Após a aceitação da doente, foi contactada a equipa para referência e exposição do caso, tendo a doente sido avaliada em consulta cerca de seis meses depois.

Por fim, como abordagem à alteração anatómica detetada no exame ginecológico, foi sugerida a avaliação por Ginecologia, com o fim de esclarecer o achado, excluir mutilação genital feminina e avaliar a possibilidade de intervenção. A doente aceitou, pelo que foi referenciada para o serviço de Ginecologia do hospital de referência, que conta também com consulta especializada de Medicina Sexual. A doente foi convocada para consulta hospitalar, cerca de seis meses após a referência, mas não compareceu ou pediu remarcação.

COMENTÁRIO

O clítoris é uma estrutura complexa, constituída por uma porção externa, a glândula e o prepúcio, e um conjunto de estruturas internas - corpo, raízes e bulbos do clítoris, que circundam a abertura da vagina. Assim, mesmo na ausência da glândula do clítoris, a excitação e satisfação sexual continuam a ser possíveis, através da estimulação do clítoris interno ou de outras zonas erógenas. Perante uma disfunção sexual neste contexto, a mulher deve ser orientada e tratada, contextualizando as alterações biológicas, o relacionamento afetivo e as representações individuais e sociais em que está inserida.¹

Angola, país de origem da doente apresentada, não é considerado um país com prática prevalente de mutilação genital feminina,¹ pois não existe um registo oficial de casos. No entanto, esta prática tem-se revelado mais disseminada do que o inicialmente reportado, particularmente a MGF tipo IV. Apesar de ainda não se terem traduzido em dados estatísticos, foram já divulgados alertas sobre a prática de MGF em algumas províncias angolanas, ainda não amplamente estudadas.¹¹ Por outro lado, a MGF é frequentemente associada a influências religiosas, apesar de nenhum texto religioso defender a prática e existirem relatos em diversas religiões, incluindo a católica.

Apesar de o caso exposto não se tratar de MGF constatada, este tema deve sempre ser abordado e estudado com delicadeza. Dado que a doente não compareceu à consulta de Ginecologia nem voltou a ser avaliada no âmbito dos CSP, a ausência do clítoris verificada permanece por esclarecer. No entanto, na possibilidade de esta alteração anatómica ter sido causada pela prática de MGF, parece não existir um risco claro de esta ser perpetuada nas futuras gerações, pelo aparente desconhecimento do próprio evento pela doente e pela sua preocupação com a sexualidade futura da filha.

Segundo orientações da DGS,¹ cada unidade de saúde deve, de acordo com as particularidades da sua população, organizar uma resposta estruturada de combate à prática de MGF, envolvendo as famílias e a comunidade. De acordo com a análise dos casos reportados em 2024 em Portugal,⁵ apenas 26,4% dos registos foram realizados nos Cuidados de Saúde Primários, apesar do maior contacto e proximidade que se verificam neste contexto de saúde. A maioria dos registos foram efetuados na região de Lisboa (99,6%), provavelmente, por um lado, pela maior concentração de mulheres migrantes oriundas de países onde se pratica a MGF e, por outro, pelas diversas ações de formação e de sensibilização destinadas a profissionais de saúde realizadas nesta região.

Assim, a criação de respostas estruturadas e a capacitação de profissionais assume grande importância no combate à MGF. Esta prática, intimamente ligada a noções de tradição cultural e pertença identitária, é particularmente sensível e permanece rodeada de secretismo. Neste contexto, a valência de Medicina Sexual, particularmente no âmbito dos CSP, torna-se valiosa na abordagem destas vítimas e das disfunções sexuais associadas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Direção-Geral da Saúde. Mutilação Genital Feminina. Norma nº 008/2021 de 30/06/2021.
- 2- Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation: A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals. *Obstet Gynecol.* 2016;128(5):958-63.
- 3- Manual de Procedimentos – Colaborar Ativamente Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ) [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/02/Colaborar-Ativamente-na-Prevencao-e-Eliminacao-da-Mutilacao-Genital-Feminina-Manual-de-Procedimentos_CPCJ.pdf
- 4- Lisboa M, Cerejo D, Teixeira AL, Frade A, Moreira C, Brasil E, et al. Mutilação Genital Feminina em Portugal: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação. 1ª ed. Vila Nova de Famalicão: Edições Húmus; 2015.
- 5- Atualização dos Registos de Mutilação Genital Feminina – Ano de 2024. Direção-Geral de Saúde [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/boletim-mgf-6fev-2023-pdf.aspx>
- 6- Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril.* 2010;93(3):722-4.
- 7- Mutilação Genital Feminina, Escala de Risco: Decisão e Atuação. Associação para o Planeamento da Família [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: https://apf.pt/wp-content/uploads/2023/08/viz_escala_de_risco_a4.pdf
- 8- Almutadares M, Evans J, Sellers E, Morris A, Zapata-Aldana E. Female congenital aphallia: a unique case of congenital absence of the clitoris with an ectopic labium majorum. *Clin Dysmorphol.* 2021;30(1):17-21.
- 9- Bellemare S, Dibden L. Absence of the Clitoris in a 13-Year-Old Adolescent: Medical Implications for Child and Adolescent Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005;18(6):415-18.
- 10- Avasthi A, Grover S, Sathyanarayana Rao TS. Clinical Practice Guidelines for Management of Sexual Dysfunction. *Indian J Psychiatry.* 2017;59:91-115.
- 11- Mutilação genital feminina é praticada em comunidades de uma região de Angola. RTP Notícias [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/mundo/mutilacao-genital-feminina-e-praticada-em-comunidades-de-uma-regiao-de-angola_n1416523

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

A autora declara a inexistência de conflitos de interesse na redação e publicação do presente artigo. Este artigo não recebeu nenhuma fonte de financiamento, quer do domínio público quer privado.

CORRESPONDÊNCIA:

Maria Luísa Marques Gomes
mluisagomes.94@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL:

LMG: revisão de literatura, escrita e revisão de artigo

RECEBIDO: 04 de setembro de 2025 | ACEITE: 06 de janeiro de 2026