

A close-up, high-angle portrait of a woman's face, looking directly at the camera with a serious expression. The lighting is soft, highlighting her features. The background is dark and out of focus.

# M Por nascer Mulher

um outro lado  
dos direitos humanos

**Ficha Técnica:**

Associação para o Planeamento da Família  
Rua Artilharia Um, 38 - 2º Dto.  
1250-040 Lisboa  
Tel.: +351 21 385 39 93  
www.apf.pt

**Título:**

**Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos**

**Coordenação:**

Alice Frade, *Departamento de Cooperação e Desenvolvimento da APF*

**Autores/as:**

Carla Martingo  
Catarina Furtado  
Catarina Marcelino  
Catarina Portilheiro  
Conceição Brito Lopes  
Fernanda Batista  
João Gomes Cravinho  
Lisa Ferreira Vicente  
Manuela Sampaio  
Maria Cardeira da Silva  
Maria Cristina Santinho  
Naana Otoo-Oyortey  
Nuno Ambrósio Lopes  
Yasmina Gonçalves

**Revisão de Texto:**

Bárbara Vilar

**Designer:**

Salomé Lage

**Impressão:**

Alfaprint, Lda.

**Tiragem:**

2500 Exemplares

APF, Lisboa 2007

ISBN 978-972-8291-22-8

Dep. Legal: 271136/08



M Por nascer  
Mulher

um outro lado  
dos direitos humanos





## Índice

### **Preâmbulo**

João Gomes Cravinho..... 5

### **Introdução**

Catarina Furtado ..... 6

### **Mutilação Genital Feminina**

Uma Preocupação da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos

Naana Otoo-Oyortey ..... 10

### **A “Guerra” contra Mutilação Genital Feminina (MGF)**

Danos Colaterais

Maria Cardeira da Silva ..... 16

### **Mutilação Genital Feminina – Um retrato possível**

Yasmina Gonçalves ..... 25

### **Imigração e Saúde em Loures – Reflexões sobre a prática da Mutilação Genital Feminina**

Maria Cristina Santinho ..... 68

### **Intervenção de Profissionais de Saúde em Mulheres sujeitas a Mutilação Genital Feminina (MGF)/Corte dos Genitais Femininos (CGF)**

Lisa Ferreira Vicente ..... 81



<b>O meu corpo é um jardim e a minha vontade o seu jardineiro</b>	
Nuno Ambrósio Lopes .....	93
<b>Mutilação Genital</b>	
<b>Olhos que não vêem...</b>	
Catarina Portilheiro .....	97
<b>Vamos dar voz ao silêncio</b>	
Fernando Batista .....	100
<b>Mutilação Genital Feminina</b>	
Conceição Brito Lopes .....	105
<b>Mutilação Genital Feminina e Inclusão Social</b>	
Catarina Marcelino .....	117
<b>Corte dos Genitais Femininos – Possíveis abordagens no terreno</b>	
Carla Martingo .....	122
<b>A Sensibilização à Mutilação Genital Feminina (MGF) em Contexto Escolar</b>	
Manuela Sampaio .....	131



É justo lembrar Kofi Annan, quando nos recordamos da grande interdependência entre direitos humanos e desenvolvimento, pelo seu incansável trabalho em prol do desenvolvimento humano por todo o planeta. É em comunhão com esta forma de compreender direitos humanos e desenvolvimento, que este livro faz guerra ao flagelo da Mutilação Genital Feminina, chamando a nossa atenção para as implicações, terríveis, para as mulheres que dela são vítimas, mas igualmente para as nossas responsabilidades enquanto decisores políticos e intervenientes activos da sociedade civil.

As vítimas de Mutilação Genital Feminina são tradicionalmente também vítimas de carências graves em matéria de desenvolvimento humano. Não é coincidência que as violações graves do direito à integridade física, à protecção contra a tortura, tratamento cruel ou degradante, aos direitos de protecção da criança, multiplicam-se precisamente onde mais falta fazem políticas adequadas na educação e na saúde pública. É por isso que a preocupação com as questões de Género e Direitos Humanos deverá estar sempre presente, transversalmente, na ajuda ao desenvolvimento, libertando o imenso poder criativo – e o potencial económico – das mulheres.

Neste Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos, são imprescindíveis os contributos como os desta publicação, empenhados em desmascarar tabus, aprofundar o nosso conhecimento, e encontrar formas adequadas de contribuir efectivamente para reduzir a discriminação das mulheres em todo o mundo, permitindo-lhes usufruir plenamente dos seus direitos, dos quais a MGF é uma das mais graves violações.

**João Gomes Cravinho**

Secretário de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Cooperação



### **Catarina Furtado**

Embaixadora de Boa Vontade do UNFPA

Está provado: as mulheres e as crianças são a parte da população mundial que mais sofre. É preciso memorizar e transmitir este facto. É preciso sabermos porquê e como sofrem. É preciso agarrarmo-nos ao que temos de mais forte para alterarmos realidades injustas e desumanas. O mais forte que temos é a nossa capacidade de pensar. Pensar bem em prol dos outros, em prol de um Mundo que mantendo as suas diferentes gavetas possa no entanto seguir um código geral: que todos os seres humanos chorem menos, por dentro e por fora.

As mulheres têm sofrido e sofrem ao longo dos tempos por tantas razões que poderiam ser eficazmente curadas se nos comprometemos todas e todos. Apesar de tudo já se vai falando, nos órgãos de comunicação social de violência doméstica mas falar de violência no contexto doméstico remete-nos para o segredo, para o silêncio onde a tristeza reina, onde a igualdade não é possível e os hematomas têm cores e sons. E falar de Mutilação Genital Feminina, ou do Corte Genital Feminino? É falar daquilo que quase não se fala, daquilo que quase não interessa, porque não se sabe bem o que é e pensa-se que é praticado por uma minoria. Errado.

Falar de Corte Genital Feminino é falar de violência cultural e atentado aos direitos humanos. Todos sabemos e promovemos as famílias como espaço de afectos e cidadania, mas todos reconhecemos que é nessa mesma família, e na dita família tradicional, que a violência é maior e mais desconstruída... E a diferença faz-se e far-se-á sempre no feminino, disso tenho a certeza.

A saúde e a educação são premissas únicas e activas para a igualdade de oportunidades. Ser mulher não é um rótulo. É um género que ao nascer não pode ser transformado em fado, choro ou luto.



Desde há 6 anos que abraço uma causa e sinto que tenho uma missão: agir enquanto Embaixadora de Boa Vontade do UNFPA. O Fundo das Nações Unidas para a população existe há mais de 30 anos, é a maior fonte internacional de apoio à população. Ajuda os países em desenvolvimento a arranjar soluções para os seus problemas populacionais: saúde, promoção social das mulheres e desenvolvimento social com o lema: “se salvares uma mulher, salvas uma família, uma comunidade, um país”.

Num dos muitos encontros de trabalho com outros Embaixadores da ONU, conversei demoradamente com Waris Dirie, ex-manequim. Muito bonita, mas quase intocável, não por causa da beleza mas porque a vida lhe ofereceu essa inquietude, essa desconfiança, esse medo e essa necessidade de fuga permanente. Waris tinha acabado de lançar um livro autobiográfico, “Desert Flower”, sobre a experiência terrível de ter sofrido de Mutilação Genital Feminina em criança. Naquele pequeno relato, arrepiada, não ousei perguntar-lhe mais do que me contou. Do que me quis contar olhos nos olhos. “O mais importante para mim agora é ajudar a salvar milhares e milhares de meninas de uma violência inqualificável que me retirou para sempre um direito, o de ter uma intimidade e uma sexualidade feliz. Não sei e nunca saberei o que isso é”.

E desviou o olhar porque o resto, as lágrimas, vêm no livro. E vêm mesmo. Lágrimas que têm obrigatoriamente que chegar a algum porto...

Sabemos hoje que 140 milhões de mulheres já foram mutiladas e 2 milhões estão em risco... Muitas falam e sentem em português. E muitas vivem em Portugal. Se a carne, o sangue e a solidariedade não têm nacionalidade, o sofrimento também não.

O UNFPA exerce o seu trabalho nos países em Desenvolvimento e com especial enfoque naqueles onde se fala português.



Portugal tem com o UNFPA uma dívida de gratidão por todo o trabalho desenvolvido em prol da saúde reprodutiva, nomeadamente ao nível dos programas de planeamento familiar, saúde materno-infantil entre outros. Foi graças ao UNFPA que a mortalidade materna e infantil baixou em Portugal: profissionais e políticos sabem... As mulheres e as crianças vivem-no.

O UNFPA está para as mulheres com objectivos fundamentais de vida:

- Aumento da esperança e qualidade de vida;
- Acesso ao planeamento familiar, respeitando todas as cartas e instrumentos internacionais;
- Acesso a uma educação básica de saúde, reduzindo assim a mortalidade infantil;
- Redução dos índices da mortalidade materna;
- Redução dos índices de maternidade/paternidade adolescente;
- Liberdade de escolha em relação à natalidade;
- Redução da violência física e sexual nas mulheres e de todo o tipo de discriminação;
- Eliminar práticas tradicionais consideradas violações dos direitos humanos básicos;
- Prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, ex.: VIH/SIDA;
- Lutar contra a exclusão social promovendo a qualidade de vida e a saúde sexual e reprodutiva das populações;
- Envolvimento do homem, enquanto cidadão nas suas responsabilidades, também, junto das mulheres lutando pelos seus direitos e saúde.



Mutilações genitais femininas, casamentos forçados, gravidezes precoces são algumas das práticas tradicionais que colocam em risco a saúde das mulheres e dos seus filhos e filhas... E as suas vidas... E constituem um atentado à sua dignidade de seres humanos.

Se podemos tentar compreender as motivações, já se torna mais difícil tolerar que estes actos se perpetuem em países que assinam e proclamam acordos internacionais.

“Se o mundo não estivesse em apuros, não seria necessária a nossa ajuda. Temos realmente que ter consciência do nosso poder e aplicá-lo com toda a responsabilidade”.

Esta é uma frase de Harry Belafonte que traduz o nosso papel e o nosso compromisso de Embaixadores de Boa Vontade. Eu acrescento: Temos que aplicar o nosso “poder” com uma responsabilidade informada e activa que seja construtora de um mundo mais justo e solidário.



## **MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA**

– UMA PREOCUPAÇÃO DA SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

### **Naana Otoo-Oyortey**

Técnica Superior para as questões de Género e Direitos

*International Planned Parenthood Federation*

A mutilação genital feminina/corte genital feminino (MGF/CGF) é mundialmente conhecida como uma violação à saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e é uma preocupação da saúde pública. A MGF diz respeito ao corte total ou à remoção parcial dos genitais femininos por motivos culturais ou não terapêuticos. Sabe-se que cerca de 140 milhões de mulheres e jovens foram submetidas à MGF, em todo o mundo, e, anualmente, 3 milhões de jovens são afectadas. Esta tradição é comum em 28 países africanos e em muitas comunidades migrantes na Europa e nos Estados Unidos<sup>1</sup>.

Um estudo extensivo realizado pela UNICEF sobre MGF/CGF indica uma lenta diminuição nos índices de crianças e jovens sujeitas a esta prática em alguns países. Os dados também mostram que o predomínio da MGF/CGF varia entre 5% na Nigéria e quase 97% no Egipto. Mundialmente, as jovens entre os 15 e os 19 anos, actualmente, têm menos probabilidades de terem sido submetidas à MGF.

---

<sup>1</sup> World Health Organization (2006). Progress in Sexual and Reproductive health Research: Female genital mutilation- new knowledge spurs optimism, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, No. 72, 2006.



Esta lenta diminuição da prevalência da MGF deve-se à mudança de atitudes entre as mulheres mais novas, particularmente, as que tendem a ser mais escolarizadas e mais conscientes da natureza prejudicial da MGF/CGF<sup>2</sup>.

Para além disso, após mais de duas décadas de campanhas, de esforços globais e das comunidades, incluindo a legislação que criminaliza a sua prática, as mudanças são, gradualmente, evidentes. Até à data, 14 governos em África introduziram leis para banir a MGF/CGF, assim como muitos países na Europa introduziram leis e medidas para proscriver a prática e apoiar as mulheres afectadas, incluindo condições para ceder asilo em territórios onde a MGF existe.

A MGF/CGF continua a ser *valorizada* como um requisito tradicional ou religioso, embora nenhuma religião aprove esta prática. Continua a ser vista como uma norma social que é inerente à identidade de género, à condição da mulher e ao reconhecimento social. Muitas famílias ainda praticam a MGF para proteger a virgindade das filhas, que é essencial para o casamento, como ritual de passagem ou para realçar a beleza.

Os *benefícios sociais* da MGF/CGF ainda hoje são valorizados, devido ao baixo estatuto social das mulheres e devido à ausência de poder e autonomia na tomada de decisões. Esta é a razão pela qual algumas famílias que apoiam o abandono da prática continuam a submeter as suas filhas à prática. A pressão social para se submeter à MGF é igualmente poderosa para as famílias migrantes na Europa. É ao nível da comunidade e da família que é necessária uma mudança significativa.

---

<sup>2</sup> The United Nations Children's Fund (UNICEF), (2006). Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Exploration.



## **Implicações da saúde e direitos sexuais e reprodutivos da MGF**

O impacto da MGF/CGF na saúde e direitos sexuais e reprodutivos sempre foi considerado um grande tema de preocupação. A MGF/CGF tem consequências em termos de saúde a curto e a longo prazo. A gravidade do impacto na saúde varia consoante o tipo e a natureza da mutilação, como e onde foi realizada. Nos últimos anos, tem surgido a *medicalização* da MGF/CGF e muitas famílias escolarizadas e diferenciadas optam por recorrer a pessoal de saúde em vez das tradicionais mutiladoras.

Os resultados de um estudo realizados pela OMS em vários países confirmam que qualquer tipo de MGF/CGF causa complicações obstétricas e mortes infantis, fornecendo as provas necessárias para uma acção de defesa e política. A pesquisa centrada nas consequências obstétricas da MGF/CGF baseou-se na análise de 28393 mulheres observadas entre 2001 e 2003, em 28 centros obstétricos de seis países africanos. O estudo avaliou a relação entre diferentes tipos de MGF e complicações obstétricas, e fez a estimativa da incidência das complicações obstétricas entre mulheres submetidas à MGF. O estudo concentrou-se em hospitais rurais e hospitais universitários em zonas urbanas. O Investigador Principal da pesquisa refere que “os resultados convidam as autoridades de profissionais de saúde a concentrarem-se nos direitos das mulheres e a assegurarem um atendimento qualificado durante partos de alto risco”<sup>3</sup>.

Este estudo inovador fornece provas da natureza prejudicial da MGF/CGF para as mães e para as crianças, independentemente do tipo de MGF/CGF.

---

<sup>3</sup> World Health Organization (2006). Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: Results of WHO Multi-country study, PowerPoint presentation given at the launch of the study report in London, June 2006.



Quanto mais extensiva for a MGF/CGF, maiores serão os riscos de saúde, incluindo cesarianas, hemorragias pós parto e uma estadia mais longa no hospital. O estudo quebra as crenças das comunidades que relacionam a MGF/CGF à fertilidade. O relatório diz que “crianças de mães que se submeteram às formas mais extensivas e evasivas da MGF/CGF tinham maior risco de morrer durante o parto, em comparação com as crianças de mães não sujeitas à MGF/CGF”<sup>4</sup>.

Outros assuntos relacionados com a MGF/CGF, tais como o impacto sobre a sexualidade masculina e feminina, não foram rigorosamente estudados.

Contudo, uma vez que muitos dos tipos de MGF/CGF visam a remoção do clítoris, vale a pena dedicarmo-nos aos assuntos de sexualidade e saúde sexual. Embora a MGF/CGF seja considerada uma forma de identidade de género, para muitas mulheres sujeitas à remoção do clítoris, este facto parece interferir com o prazer sexual e a intimidade tanto para os homens como para as mulheres.

---

<sup>4</sup> World Health Organization (2006). Progress in Sexual and Reproductive health Research: Female genital mutilation- new knowledge spurs optimism, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, N°. 72, 2006.



## **Combater a Mutilação Genital Feminina/Corte Genital Feminino**

Para se obter um progresso sustentável no combate à MGF/CGF, é necessário o uso de múltiplas estratégias e acções a muitos níveis.

Enquanto as leis podem potencialmente servir como mecanismo protector, estas também proporcionam um ambiente capaz de apoiar o trabalho de activistas, voluntários e profissionais da erradicação.

Programas de intervenção de sucesso têm incluído rituais sem corte físico, a comunidade compromete-se a pôr fim à prática e a empoderar (*empowerment*) mulheres e jovens. Contudo, não existe uma solução que sirva para todos os casos. A mudança exige que as comunidades se encontrem no centro dos programas. Contudo, isto apenas é eficaz quando os direitos baseados em princípios são usados para desenvolver capacidades, para estabelecer e avaliar contextos e para assegurar a participação, o compromisso e o diálogo.

A MGF/CGF é uma preocupação dos direitos das crianças, assim sendo, esta nova prova de riscos para a saúde deve ser seriamente reconsiderada por profissionais de saúde e responsáveis políticos. A MGF/CGF viola o direito ao mais elevado padrão atingível de saúde física e psíquica. As jovens e mulheres têm o direito de serem protegidas desta prática prejudicial. Como a MGF/CGF é uma norma de uma comunidade, a comunidade em geral, incluindo líderes importantes, devem ser colectivamente responsabilizados pelas estruturas sociais que discriminam e violam os direitos das mulheres e das jovens.

Com a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) muitas das Associações Membro (APFs) em África, no Mundo Árabe e na Europa assumiram o desafio de adoptarem um leque de estratégias para se dedicarem à prevenção e erradicação desta violação ao nível dos direitos fundamentais e de cidadania.



No Quénia e no Uganda, as iniciativas de prevenção têm incluído trabalhar rituais alternativos, trabalhar com *as pessoas mais velhas* da comunidade, governos locais e Ministérios, organizações internacionais e locais assim como o trabalho inter-pares e jovens em *advocacy*. No projecto do Quénia, as mulheres tornaram-se acérrimas defensoras no programa de prevenção, enquanto as jovens foram impulsionadas a procurar ajuda quando e se as suas famílias as obrigassem a submeter-se à MGF/CGF. O facto da APF da Costa do Marfim ter avaliado a extensão deste problema tem ajudado a tornarem-se uma das vozes mais poderosas do país na frente de prevenção da MGF/CGF. Na Europa, várias APFs, incluindo Holanda, Alemanha, Portugal e França, têm com as comunidades migrantes que países onde a MGF/CGF existe, desenvolvido activamente serviços de apoio, programas educacionais, formação e estão a influenciar as políticas no país.

Felizmente, a MGF/CGF já não é um assunto tabu. Com cada vez mais países a introduzirem leis e políticas, e a agenda de desenvolvimento internacional a centrar-se agora mais em abordagens baseadas em direitos, dá um novo impulso para que o Compromisso com o Desenvolvimento seja mais unificador no que diz respeito à protecção e ao respeito de todos os direitos. Particularmente, no que diz respeito a tornar realidade a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos para as jovens e mulheres em risco de serem submetidas à MGF/CGF.

Janeiro 2007



## **A “GUERRA” CONTRA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA (MGF) DANOS COLATERAIS**

**Maria Cardeira da Silva**

Departamento de Antropologia da FCSH–UNL

A prática da mutilação genital feminina é talvez a prática que desafia de forma mais acutilante todo o edifício que suporta o princípio da universalidade dos Direitos Humanos. Ela evidencia, de modo draconiano, a dificuldade de conciliação entre direitos universais, direitos colectivos e direitos individuais, e qualquer intervenção que não contemple a importância desses desafios incorre em risco de danos colaterais. Esta é uma constatação que não deve ser vista meramente do ponto de vista ético, ou entendida como um óbice à resolução pragmática de um problema, porque o seu alcance é também estratégico, no sentido de evitar riscos paralelos decorrentes da precipitação na acção.

De um ponto de vista mais académico ou conceptual, e pensando na mutilação genital feminina como uma prática cultural, a resolução dos problemas que coloca implicariam a conciliação de duas percepções distintas de cultura: aquela que é herdeira do Iluminismo e que proclama a sua universalidade, e a que deriva da percepção e exaltação da sua especificidade e diversidade, herdeira do Romantismo novecentista, que muitas vezes é assimilada com o princípio do relativismo cultural. Ambas têm sido propaladas pelo ocidente e ambas estão conflituosamente contempladas nas proclamações dos Direitos Humanos (sobretudo com a inclusão daquilo que se convencionou designar como a 3ª geração de Direitos).



Agora que os estados nacionais se deparam com os desafios da multiculturalidade, que a etnicidade afronta os princípios e as percepções identitárias estabelecidos da nacionalidade e da cidadania, que as causas políticas pulverizam as convencionais orientações da esquerda e da direita e que os movimentos sociais gravitam cada vez mais em torno de identidades culturais, a luta contra a mutilação genital feminina emerge na cena política e cultural como um canal privilegiado para *statements* políticos relativos às minorias e às mulheres. Esse carácter privilegiado – mas armadilhado – advem-lhe, justamente, do facto de congregar simbolicamente os mais desprotegidos (as minorias e as mulheres) e o ataque mais draconiano sobre o indivíduo (a mutilação).

A convergência de todos estes «alvos» de causa tem justificado a mobilização de uma série de manifestos, de origens políticas diversas, contra a MGF (cujas frequente designação por sigla ajuda a despersonalizar, reificar e materializar como alvo congregador), mobilização que, no entanto, mais do que poder ser simplesmente explicada pela partilha de um ideário de universalidade de Direitos Humanos, esconde, muitas vezes, agendas políticas específicas e frequentemente contraditórias.

A mobilização discursiva contra mutilação genital feminina torna-se, entretanto, mais fácil (em termos políticos mais económica), pela existência de um manacial de retóricas, directivas, medidas e incentivos formatados internacionalmente pelas agências internacionais (OMS, UNICEF, e suas delegações várias) e alimentada pelo novo humanitarismo que eclodiu nos anos noventa.

No entanto, o volume e consistência dessa retórica importada, que confere evidência, pertinência e legitimidade à luta contra a mutilação genital feminina, pode ao mesmo tempo, ter um efeito perverso ao formatar excessivamente as medidas e práticas nacionais, e assim inibir a pesquisa e reflexão contextualizada e localizada.



O caso português da proposta de regulamentação da mutilação genital feminina, com início em 2003 (que decorreu concomitantemente com o processo espanhol embora este tenha começado um ano antes e tido um desfecho diferente) testemunhou todos estes riscos e demonstrou que qualquer medida relativa a essa prática tem, obrigatoriamente, que ter em conta dois universos culturais e politizados: aquele em que essas práticas culturais ocorrem (e isso deve ser entendido como o universo das «minorias» nos seus contextos socioculturais de acolhimento e não desligados dele, universos que têm que ser vistos também como políticos na medida em que, cada vez mais, essas práticas se revestem de importância identitária) e aquele em que se prepara a sua regulamentação política (que, por seu turno, tem que ser visto, também, como cultural, na medida em que os sujeitos agem de acordo com princípios culturais específicos e dentro de redes de partilha de valores). Por isso, o que aqui se sublinha é a urgência de uma monitorização etnográfica que tenha em conta ambos os universos e produza etnografias que sustentem medidas legislativas o mais despolitizadas possível.

Idealmente, esse esforço etnográfico deve ser, depois, teoricamente colocado no panorama mais lato das práticas genitais mutilatórias, rituais ou outras, independentemente do género e da «cultura» dos seus praticantes.

Enquanto o universo das práticas de mutilação genital feminina permanece em Portugal – apesar de várias promessas políticas em contrário – praticamente desconhecido<sup>5</sup>, proponho-vos alguns dados esclarecedores, embora fragmentários, sobre o funcionamento do universo paralelo: aquele que pretende legislar sobre o desconhecido.

---

<sup>5</sup> O único estudo efectuado sobre o assunto, e que incide sobre o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde sobre a MGF em Portugal, foi realizado pela APF sob a direcção de Yasmina Gonçalves. O livro recentemente editado pelo *Público* por Sofia Branco (*Cicatrices de Mulher*, 2005) não fornece dados etnográficos, sociológicos ou demográficos que permitam um conhecimento real da dimensão e contornos da prática em Portugal.



Em Portugal, o processo começou com a súbita exposição mediática espoletada por um longo artigo de primeira página do *Público* em plena *silly season* (Agosto de 2002) que tinha como título “O holocausto silencioso das mulheres a quem continuam a extrair o clítoris”<sup>6</sup>.

O editorial do mesmo dia, de forma igualmente alarmante, cita Bernard Lewis<sup>7</sup> para evocar o estatuto social da mulher como uma das razões da decadência do «Império Muçulmano». Durante o mês de Agosto e o mês de Setembro de 2002 diferentes posições se manifestam sempre no mesmo jornal, incluindo uma polémica entre o *imam* da mesquita e outros muçulmanos sunitas e xiitas.

O assunto estava, definitivamente «islamizado». A 18 de Setembro, um mês depois da publicação do primeiro artigo, por ocasião da nomeação da presidente da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, o Primeiro Ministro dá a sua garantia de que não permitirá esta prática «bárbara» denunciada pelo jornal *Público*.

O II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica dedica, aliás, um capítulo específico relativo às mulheres imigrantes, onde se destaca a questão da mutilação genital feminina e se precisa a intenção legislativa do governo no sentido da sua criminalização. No início de Fevereiro o Ministro da Administração Interna promete promover um estudo – até hoje por realizar – sobre a prática em Portugal.

É neste contexto – em que a prática se exhibe *islamizada, barbarificada, tribalizada* e associada a comunidades específicas (nomeadamente a guineense) nos media, mas sem qualquer contorno preciso no terreno – que, a 20 de Fevereiro de 2003, o Partido Popular anuncia a sua intenção de solicitar a tipificação do crime.

---

<sup>6</sup> *Público*. 4/08/2002. Sofia Branco.

<sup>7</sup> O verdadeiro autor do conceito de «guerra de civilizações» celebrizado no título da obra de Samuel Huntington. Ambos os autores integram *think-tanks* neo-conservadores.



Alguns meses mais tarde, a 18 de Maio de 2003, o tema volta aos jornais em virtude da recusa de asilo político a uma nigeriana que alega ser vítima potencial de mutilação genital feminina. Na sequência disso, a TSF organiza um fórum sobre o tema que exhibe todos os estereótipos habitualmente negativos relativos às comunidades muçulmanas.

Entretanto o *Público* continua a alimentar o dossier sobre a matéria com a replicação e divulgação de informações relativas às directivas internacionais sobre o tema (Banco Mundial, Parlamento Europeu, UNICEF, Comissão Inter-Africana) e em Junho de 2003 faz sair novo dossier num dos seus cadernos de domingo, desta vez sobre a implementação – estimulada por ONGs na Guiné – de um ritual alternativo (o *fanado* sem facas).

Mais de um ano depois de anunciada pelo PP – a 5 de Março de 2004 – o projecto-lei que propunha a tipificação do crime de mutilação genital feminina sobe a Plenário da Assembleia para discussão, baixando à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias sem chegar à votação, por se antecipar falta de consenso mesmo no interior da coligação então no governo.

O pressuposto que sustentava o projecto, apresentado por altura da discussão, foi o de que, embora «este fenómeno não tenha, ao que se sabe, a dimensão que atinge noutros países, existem dados seguros que permitem concluir pela sua existência, associada, designadamente, a comunidades de origem africana» (Cit. *in Público* 4/3/2004). Acrescentava-se que a penalização da MGF não estava prevista na Lei Geral que respeita a mutilação de qualquer órgão considerado importante (art. 114).

Será talvez pertinente enquadrar temporalmente esta proposta e lembrar as discussões que antecederam e sucederam imediatamente a sua apresentação.



Desde o final do ano de 2003 que estava na mesa novamente a discussão relativa à despenalização da interrupção voluntária da gravidez que é retomada na Assembleia, precisamente a 3 de Março (dois dias antes do projecto relativo à MGF) com nova proposta de realização de referendo.

A montante, discutira-se durante os meses antecedentes, a educação sexual nas escolas e, mais relevante que isso, a regulamentação da lei da imigração, um tema então quente que serviu frequentemente de arma de arremesso entre governo – muitas vezes protagonizado pelo então Ministro da Administração Interna – e a oposição, o que foi acompanhado por algumas manifestações de rua e mobilização da sociedade civil e alguns membros da Igreja contra as políticas restritivas que o governo pretendia impor.

Estas coincidências temporais levam-nos a questionar até que ponto a intervenção política do PP relativamente à mutilação genital feminina, neste preciso momento, não cumpriu o efeito de magnetofone para *statements* sobre temas relacionáveis (a sexualidade, o aborto, a imigração). Para além do efeito amplificador da voz dessa «minoria» parlamentar, sobretudo no que respeitava a questão da imigração, a luta contra a mutilação genital feminina beneficiaria, ainda, o partido com um efeito cosmético, baralhando a opinião pública ao apresentá-lo preocupado com as mulheres (contrariamente ao que lhe era imputado pela questão do aborto) e, supostamente, com a (sua) sexualidade (compensando-lhe posições mais conservadoras nos debates sobre a educação sexual nas escolas)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Neste caso, decididamente, má cosmética: depois de avançar com a proposta, alegadamente emancipatória, de tipificação penal para a mutilação genital feminina, o CDS-PP questiona-se se, de facto, o clítoris – o órgão mutilado – será um órgão importante (ver Público 5.3.04). É que, se assim fosse, os argumentos dos grupos parlamentares que se opuseram à proposta estavam correctos: a violação em causa estava subsumida no art. 144 do Código Penal que contempla já ofensas «contra o corpo ou saúde de outra pessoa por forma a privá-lo de importante órgão ou membro».



O argumento da salvação das mulheres, que foi muito utilizado durante o colonialismo e novamente bramido nas retóricas belicistas mais recentes (por exemplo no Afeganistão) passou a integrar os discursos justificativos das medidas para a integração das minorias.

De repente, todos somos feministas. Pelo menos quando se trata das mulheres dos outros. Mas independentemente da gravidade dos problemas que a mutilação genital coloca não devemos permitir que a sua resolução se torne vulnerável a essas retóricas belicistas contemporâneas: nem àquela que se legitima na «salvação» das mulheres dos outros, nem à que defende as «guerras preventivas».

Sobretudo porque não sendo sustentadas por um conhecimento do terreno, podem ter o efeito perverso de o vir a inibir ou minar.

Terá sido por via das suas «práticas tribais» que se encetou a exibição de uma comunidade até agora relativamente invisível nos media portugueses.

Os efeitos decorrentes dessa súbita exposição mediática foram apreciáveis através de ulteriores notícias e numerosos artigos de opinião inflamados<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Estes artigos de opinião foram publicadas também no *Público* e no *Forum* organizado pela *TSF* a propósito da já referida recusa de asilo a uma queniana que alegadamente fugia à ameaça da mutilação. As situações denunciadas, embora a sua divulgação não se desenvolva nesse sentido, têm a vantagem de alertar para a necessidade de acompanhamento de qualquer procedimento regulador da mutilação genital feminina com medidas dissuasivas, de investimento na cooperação em programas educativos, de educação sexual nas escolas e, sobretudo, de medidas coerentes no que respeita a lei do asilo.



Esta exibição mediática teve, sem dúvida, os seus lados positivos: o primeiro foi a possibilidade de denúncia das mulheres vítimas da mutilação, o segundo o encetar de uma discussão que tem que ser feita, dentro e fora das comunidades que praticam a mutilação genital feminina, e o terceiro o de mostrar que a comunidade política e a sociedade civil portuguesa em geral foram tomadas de surpresa e estão mal preparadas para abordar temas como os do multiculturalismo e os direitos humanos.

Claro que o relativismo cultural tem limites. E os antropólogos, os seus primeiros mentores, foram também os primeiros a detectá-los. Mas os limites do relativismo cultural têm que ser universais, aplicáveis a todas as configurações culturais. É verdade que a mutilação genital deve ser contrariada pelos efeitos negativos que tem em termos médicos e de actividade sexual.

Mas ao pretender, na sua proposta, penalizar as mutilações genitais, independentemente da existência do consentimento da vítima, ao mesmo tempo que exclui outras formas classificadas pela Organização Mundial de Saúde (que, aliás, é evocada no texto) como os *piercings* genitais e o *dry sex*, ou outras práticas igualmente passíveis de ser entendidas como mutilação, como as cirurgias de cosmética sexual (também praticadas em Portugal, como o testemunharam alguns medias, muito embora em tempo, registo e tom diferente), a proposta de legislação apresentada entrava num domínio movediço: ou bem que estava a negligenciar o constrangimento social e cultural que afecta *todas* estas práticas em *todas* as culturas – constrangimento que justificaria, então, a sua universal penalização, independentemente do consentimento individual – ou bem que estava a interferir discriminatoriamente, com as liberdades individuais das minorias<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Leitura igualmente estigmatizante, pode fazer-se do II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica que, ao segmentar culturalmente a violência contra as mulheres – incluindo um artigo relativo às minorias em que se menciona *apenas e especificamente* a MGF, tipificando-a e culturalizando-a – entra em tensão com o princípio universalista que subjaz, também, aos Direitos Humanos.



O paradoxo retoma e resume bem a tensão irresolúvel entre visões assimilacionistas e visões multiculturalistas ou, de forma mais abrangente, entre a noção de cultura universalista e o princípio do relativismo cultural.

É verdade que este tipo de reflexão pode ser perturbador de um certo pragmatismo necessário à resolução de problemas que são também sociais e individuais e que por isso se compadecem pouco, quando olhados caso a caso, desta ordem de argumentação.

A sua pertinência pode, inclusivamente, ser eticamente contestável pelo argumento incontestável da sujeição das crianças.

Mas a negligência da dimensão cultural e política da mutilação genital feminina (tanto no universo daqueles que a praticam, quanto no daqueles que a pretendem regulamentar) pode levar à estigmatização das comunidades alegadamente envolvidas o que, por seu turno, pode implicar o recrudescimento de práticas identitárias (como é, também, a mutilação) e a um maior secretismo na sua execução. Seria certamente esse o efeito mais ampliado da aplicação de uma lei irreflectida que pretendia regulamentar um universo que desconhece.



## MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA – Um retrato possível

**Yasmina Gonçalves**

Psicóloga

Associação para o Planeamento da Família

Há práticas tradicionais que, não obstante buscarem justificação na cultura dos povos, afectam o bem-estar e deixam sequelas físicas e psicológicas, entre aqueles que lhes dão letra de forma. De entre estas práticas destaca-se a mutilação genital feminina ou corte dos genitais femininos, que tem como protagonistas forçadas e, genericamente, continuadoras mulheres e meninas, que ultrapassados os risco de vida daí decorrentes, jamais se libertam da sua marca.

A mutilação genital feminina (MGF), entendida como a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou outras lesões que alteram anatomicamente os genitais femininos, tem por fundamento motivos culturais e/ou não terapêuticos (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997)<sup>11</sup>.

A MGF está enraizada na tradição cultural de um conjunto diversificado de comunidades. Há registos da sua prática em 28 países do continente Africano, e pontualmente, em países da península Arábica, assim como regiões da Malásia, Indonésia e Índia.

---

<sup>11</sup> Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement, 1997.



Acresce-se que a MGF existe e continua a ser realizada fora dos países de origem. Há comunidades migrantes que, em países terceiros, a perpetuam como modo de manutenção da identidade cultural.

Segundo o relatório da UNICEF 3 milhões de meninas e mulheres, todos os anos são submetidas a alguma forma de MGF (UNICEF, 2005)<sup>12</sup>.

Estima-se que 140 milhões de meninas e mulheres no mundo sofreram ou estão em risco de sofrer algum tipo de mutilação genital feminina.

A MGF é uma violação dos Direitos Humanos, Direitos da Mulher e Direitos da Criança.

Mudar comportamentos enraizados em valores culturais exige que se actue e informe em áreas tão distintas como a educação, a saúde, a intervenção comunitária e acção social. Certa é que a adesão à mudança jamais se fará pela via da discriminação do género ou da idade e, muito menos, da criminalização de condutas.

A maior ou menor celeridade dos processos de mudança de comportamentos surgirá associada ao conhecimento proporcionado, o que implica mais Informação, Educação, Comunicação e respectiva internalização desse mesmo conhecimento. No caso da MGF, a estratégia IEC (informação, educação e comunicação) tem sido utilizada desde os anos 70.

---

<sup>12</sup> Innocente Digest: UNICEF, 2005.



É evidente a sua utilização quando, por exemplo, na formação específica, trabalhamos de forma unilateral valores, normas e comportamentos quer das comunidades, quer dos profissionais de diferentes áreas (saúde, educação, acção social) ou desenvolvemos campanhas dirigidas a grupos específicos.

Esta estratégia revelou-se, por si só, insuficiente, e hoje recupera-se quer para a MGF, quer para o VIH/SIDA ou outras áreas específicas da Saúde, incluindo a Sexual e Reprodutiva, o conceito de estratégia BCC – **Behaviour Change Communication**<sup>13</sup> (OMS, 1999), na qual as pessoas são o centro e o motor da mudança, assegurando o processo interactivo com as comunidades, em vez um processo de uma só via (ex: panfleto).

A estratégia BCC é utilizada para promover, apoiar e manter a mudança de comportamento ao nível individual, social e comunitário. Estamos a falar de *intervir a partir das e com as pessoas* num verdadeiro processo de empoderamento ao nível da saúde, educação e cidadania.

Sabemos que é necessário utilizar os vários canais de comunicação e processos de conhecimento para informar, sensibilizar e formar profissionais de saúde sobre o corte dos genitais femininos (CGF). Actuar sobre esta prática tradicional implica a aquisição de competências técnicas adequadas para identificar e lidar no quotidiano com possíveis vítimas da MGF, bem como, ter a percepção das diferenças sócio-culturais relacionadas com influência na saúde.

---

<sup>13</sup> "Behaviour change towards female genital mutilations: lessons learned from Africa and Europe", ICRH, 2005.



A Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres em 1979 e 1993, a Convenção sobre os Direitos da Criança (1990), refere que *“os governos devem abster-se de invocar costumes, tradições ou convicções religiosas para justificarem práticas nocivas que interferem com os direitos humanos e que constituem formas de violência e violações dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres. Contudo, tem-se invocado o relativismo cultural e classificado os Direitos Humanos internacionais de “ocidentais” para legitimar práticas e leis nocivas que perpetuam as desigualdades entre os sexos”*.

No contexto desta realidade e preocupações desenvolvemos este segundo estudo, que dá continuidade e actualiza os resultados do projecto “MGF, uma realidade no mundo Lusófono?”, iniciado pela APF em 2003<sup>14</sup>:

- Contribuir para um melhor conhecimento da realidade da MGF em Portugal;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para o tema da MGF;
- Ter acesso às opiniões e pontos de vista dos profissionais de saúde;
- Sensibilizar para as diferenças sócio-culturais associadas;
- Promover formação específica a profissionais de saúde na área da MGF.

---

<sup>14</sup> “Mutilação Genital Feminina”, APF, 2005.



À imagem do que havia sido feito para “MGF, uma realidade no mundo Lusófono?” e, para permitir comparações, este estudo foi realizado junto dos profissionais de saúde através de um questionário de auto - preenchimento e teve como objectivos específicos a obtenção de informação referente:

- Conhecimento geral do tema;
- Conhecimento específico do tema;
- Conhecimento da existência da prática da MGF, n.º de situações observadas, pedidos de realização das mesmas e observação de mulheres com sequelas provocadas por MGF em território nacional;
- Legislação existente em Portugal sobre a MGF (ou sua possível aplicação e/ou impacto);
- MGF assistida / medicalização;
- Existência de um protocolo de actuação em situações de MGF;
- Papel dos técnicos de saúde no trabalho com crianças e mulheres que tenham sofrido ou possam vir a sofrer de mutilação genital e com a comunidade em geral;
- Possíveis estratégias de actuação, nomeadamente com as comunidades migrantes.

O estudo anteriormente publicado e todo o trabalho posterior forneceram indicadores que aconselharam o alargamento da área de intervenção. Ou seja, o primeiro incidiu na zona da Amadora, e este (com o apoio do gabinete de saúde da Câmara de Loures) teve como foco principal profissionais de saúde do concelho de Loures.



A partir dos resultados da pesquisa realizada no ano de 2003, utilizamos como base o mesmo questionário, tendo-se procedido à verificação das questões nele contidas e introduzido, por sugestão da equipa técnica do Gabinete de Saúde, algumas perguntas consideradas adequadas à especificidade do concelho de Loures.

Assim, na questão 12 foram acrescentadas 2 alíneas, que remetem para o facto de “a MGF ser uma tradição milenar e pertença identitária” e “uma violação dos direitos das mulheres e das crianças que deve ser combatida”. Por seu turno, nas questões 14, 15 e 16 foi inquirido sobre o país de origem e idade das mulheres observadas com corte dos genitais.

Apesar das novas alíneas no questionário, o agrupamento nos subtemas manteve-se:

- Conhecimento geral sobre o tema – questões 1, 2, 3 e 4
- Opiniões sobre a MGF - questões 7, 8, 9, 10 e 12
- Situações em território nacional - questões 13, 14, 15, 16, e 17
- Conhecimento e opiniões sobre questões legais – questões 21, 22 e 23
- Conhecimento e opinião sobre “MGF assistida” – questões 18, 19 e 20
- Aspectos relacionados com a actuação de profissionais de saúde – 5, 6, 11, 24 e 25



### Seleção da amostra e procedimento

Os questionários foram distribuídos e recolhidos nos 2 centros de saúde e respectivas extensões do concelho de Loures, entre Fevereiro e Junho de 2005, tendo-se obtido 38% de preenchimentos e devoluções.

#### Os Centros de Saúde da amostra foram:

<b>CENTRO DE SAÚDE E EXTENSÕES</b>	<b>% TOTAL DA AMOSTRA</b>
Loures, Ext. Bucelas	4%
Loures, Ext. Tojal	1%
Loures	27%
Sacavém, Ext. Unhos	13%
Sacavém, Ext. Moscavide	10%
Sacavém, Ext. São João da Talha	15%
Sacavém, Ext. Bobadela	1%
Sacavém, Ext. Camarate	13%
Sacavém, Ext. Sta. Iria de Azóia	16%

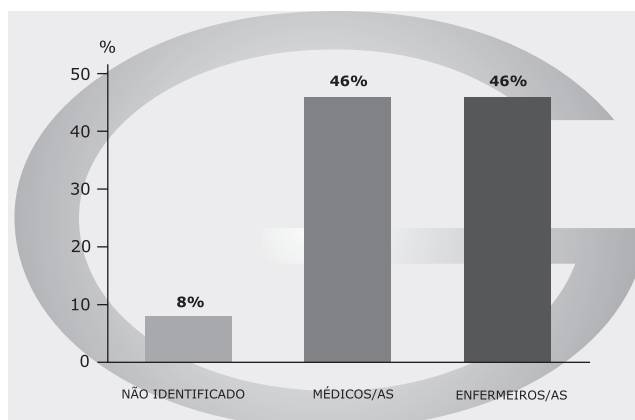


### Caracterização da amostra

O universo estudado incidu sobre uma amostra constituída por 79 médicos/as e enfermeiros/as equitativamente repartidos.

Através do gráfico, vemos que os grupos enfermagem e médicos/as têm o mesmo valor proporcional (46%), registando-se 8% de inquiridos que não referiu a sua categoria profissional, pelo que não foi possível a sua inclusão em nenhum dos grupos.

**Gráfico 1 - Caracterização amostra por profissão.**

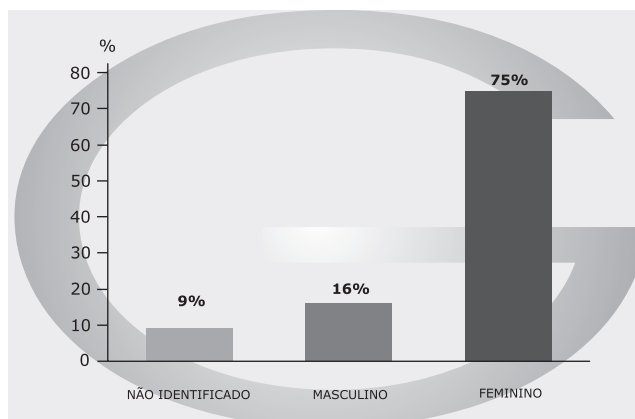


Fazendo uma caracterização da amostra em relação ao sexo dos indivíduos (Gráfico 2), podemos observar que 59 (75%) dos profissionais são do sexo feminino, e 13 (16%) do sexo masculino.

Distribuição que corre em harmonia com o peso relativo de homens e mulheres nos centros de saúde onde foram aplicados os inquéritos.

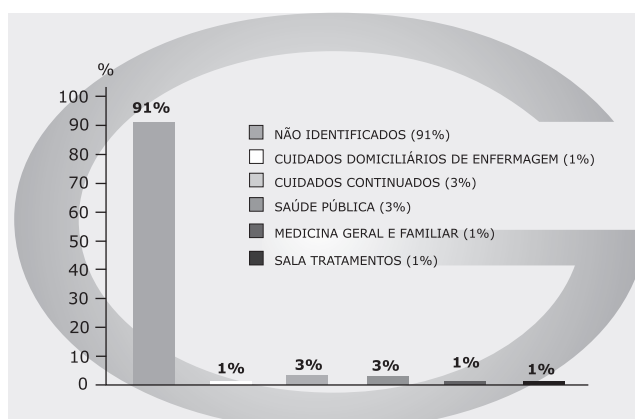


**Gráfico 2 - Caracterização da amostra por sexo.**



Colocando o enfoque na distribuição dos inquiridos pelos serviços constata-se, com alguma surpresa, que a esmagadora maioria (91%) não respondeu a esta questão, o que relativiza as conclusões que se possam tirar. Todavia, isolados os 9% que invocaram o serviço onde trabalhavam, é possível concluir que pertenciam a serviços de medicina geral e familiar, cuidados domiciliários de enfermagem, saúde pública e sala de tratamentos.

**Gráfico 3 - Caracterização da amostra por serviços.**

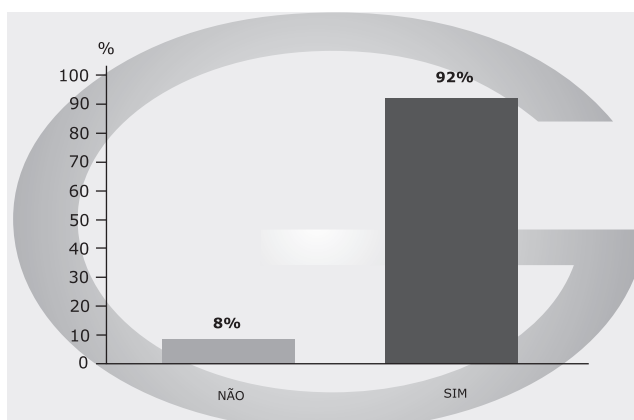




Confrontados com a questão sobre se já tinham ouvido falar na prática da MGF, obtiveram-se 92% de resposta positivas.

Trata-se de um resultado previsível e que a causar surpresa, ela residirá nos 8% que nunca ouvira falar da mesma. Efectivamente, estranha-se que técnicos especializados a prestarem serviços em área de saúde e informação a populações migrantes, no concelho de Loures, tenham ouvido referência à MGF através dos *media* que, (sendo embora cultural e minoritária, não deixa de remeter para a saúde).

**Gráfico 4 - Conhecimento da prática da MGF.**

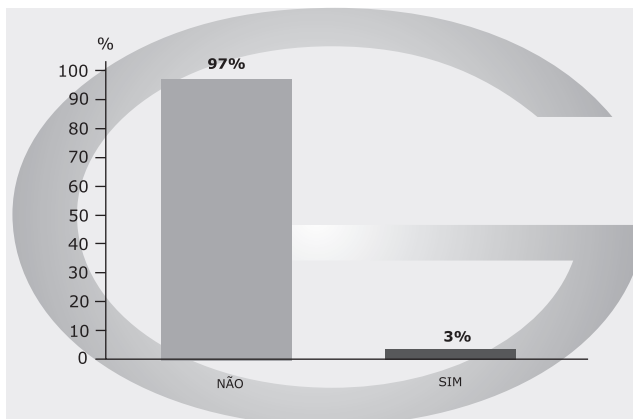


Ao analisarmos o gráfico 5, que escrutina a questão se já haviam frequentado algum seminário, congresso de Saúde no qual o tema da MGF fosse abordado, podemos observar que só 3% dos respondentes participou numa formação centrada no tema.

Proporção que, em simultâneo, demonstra o quanto esta problemática surge secundarizada no âmbito da saúde e, eventualmente, o quanto poderá justificar acções futuras, tanto mais que o conceito não é estranho à maioria destes técnicos.



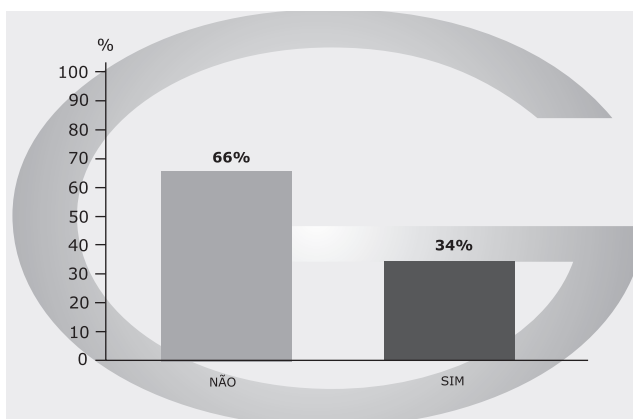
**Gráfico 5 - Frequências de acções de formação com abordagem da MGF.**



A resposta à questão sobre se já havia discutido o tema da MGF com alguém, confirma a ausência de formação, que transparece na resposta anterior e a remissão do problema para os bastidores das preocupações.

É que, tendo presente que a maioria afirma conhecer, pelo menos em abstracto o tema, só uma pequena parte (34%) o abordou com terceiros. Esta resposta coloca-nos, aliás, a questão relativa ao tipo de fonte de transmissão e informação de conhecimento tido sobre o tema.

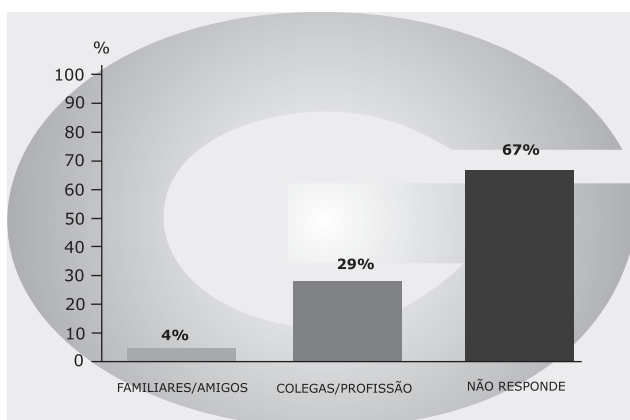
**Gráfico 6 - Discussão do tema da MGF.**





Isolando os que haviam discutido o problema e confrontando-os com quem o haviam feito, estranhamente 67% não respondeu. A ausência de resposta das pessoas inquiridas pode indicar que esta é uma questão irrelevante e que, pese embora já tenham falado do assunto, não retiveram sequer com quem o haviam feito. Esta hipótese se confirmada, indica bem o nível elevado de sinceridade nas respostas. Quando referem tê-lo feito com alguém, surge à cabeça os colegas de profissão (29%) seguidos à distância por familiares e amigos (4%). Diga-se que apesar da aparente secundarização da MGF entre as preocupações de profissionais de saúde, não deixa de ser sinal positivo o facto de entre pares terem falado do no assunto.

**Gráfico 7 - Com quem discutiu o tema (total).**



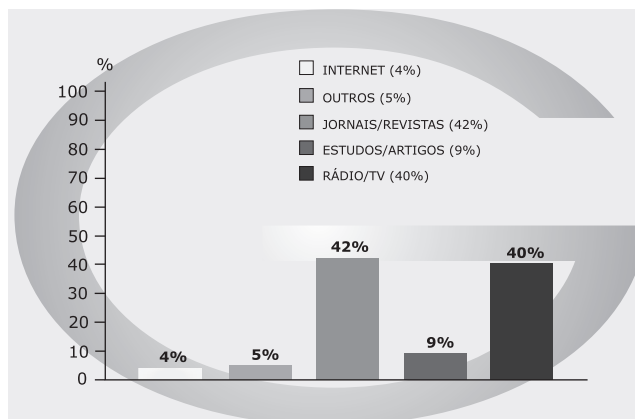
Quando confrontado com a questão relativa às fontes onde obtiveram informação sobre MGF, a esmagadora maioria (82%) refere os *media*, sendo que 42% refere jornais e revistas e 40% a TV/rádio.

Tal como no estudo realizado anteriormente (2003), verifica-se que a informação destes técnicos começou, e a maioria das vezes, esgotou-se através dos meios de comunicação social.



O que resulta numa menor “qualidade” de conteúdos perfeitamente compaginável com o sentido das respostas anteriores, mormente com as que indicam uma quase ausência de formação nesta área.

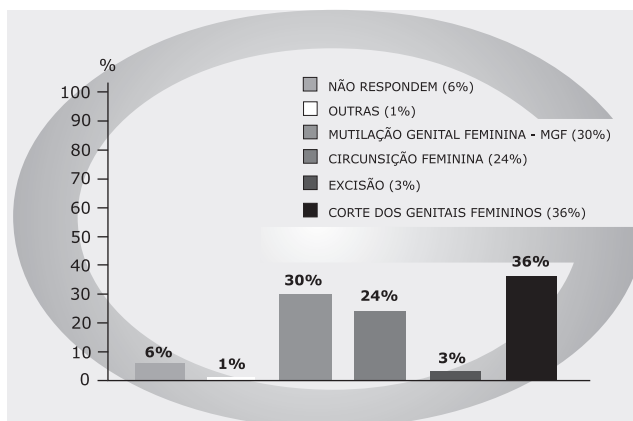
**Gráfico 8 - Locais de obtenção de informação sobre MGF.**



As respostas à questão sobre a designação desta prática que consideram mais adequada no trabalho com comunidades migrantes, apontam para a preferência da utilização do termo “Corte dos Genitais Femininos” (36%), logo seguido da designação “Mutilação Genital Feminina” (30%), e em terceiro lugar, surgem as respostas com a preferência do termo “Circuncisão Feminina” (24%).



**Gráfico 9 - Terminologia com comunidades.**

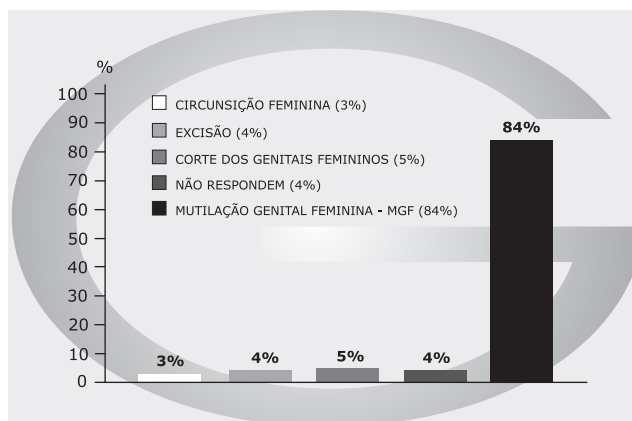


Comparativamente com os resultados do estudo anterior, podemos observar que nesta amostra a preferência vai para a terminologia “Corte dos Genitais Femininos (CGF)”. Esta situação permite admitir a existência de um maior conhecimento, reflexão e envolvimento com a comunidade e terminologia associada. Apesar da preferência da questão anterior, estes técnicos, quando confrontados com a questão relativa à designação que consideram mais adequada quando utilizada no âmbito da saúde, optam maioritariamente e homogeneamente pela opção MGF (84%). Resultado que confirma os obtidos em 2003, através da subida, de então para cá, de oito pontos percentuais nesta designação.

Os resultados dos gráficos 9 e 10, à semelhança dos obtidos anteriormente, mostram claramente que há uma opção por diferente terminologia para a comunidade (CFG) e na utilizada em contexto da saúde (MGF). Diferenças que não revelam esbater o facto de haver maior variedade de opções entre os que fazem trabalho directo com as comunidades.



**Gráfico 10- Terminologia no âmbito da saúde.**

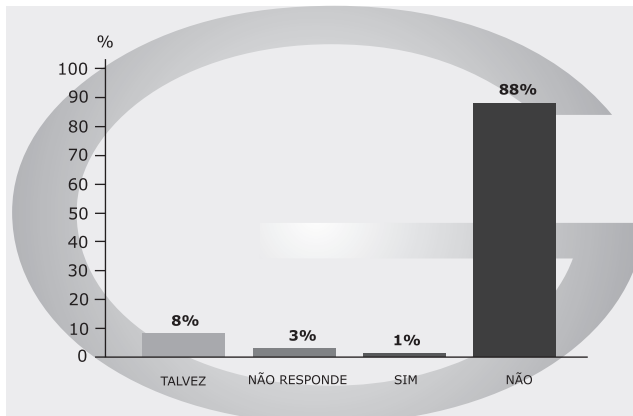


Sabendo que os estudos e artigos existentes sobre o tema alertam para os efeitos negativos que a terminologia utilizada pode ter na relação que se quer estabelecer com as pessoas e/ou comunidade, parece-nos, mais uma vez, ser importante e fundamental apostarmos no trabalho de formação e sensibilização junto de profissionais, tanto mais que há ainda 30% dos inquiridos a optar pela designação “MGF” no trabalho com comunidades.

As respostas à questão sobre se na opinião de profissionais de saúde a prática da MGF deve ser mantida, conduzem-nos a um resultado previsível de 88% de respostas negativas. Todavia, mesmo tendo em conta os 8% que não responderam, ficamos com uma zona de sombra de 4 pontos percentuais, que se dividem entre 1% de concordância com a prática e 3% de indecisão. Valores que, não obstante a sua insignificância estatística, não deixa de suscitar reflexão porque, conhecendo-se hoje as consequências físicas e psicológicas e sociais desta prática, são emitidos por profissionais de saúde.



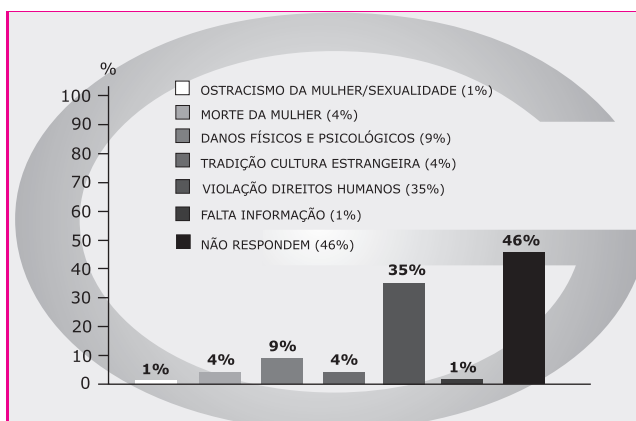
**Gráfico 11 - Manutenção da prática.**



Esta reflexão é tão mais fundamentada quando as respostas ao porquê da posição anterior, colocam os problemas de saúde físicos e psicológicos em último lugar.

Assim, constata-se que 61% dos profissionais não justificaram a resposta sobre a “não manutenção da MGF”. Depois, quando a justificaram, houve 35% que apontaram a MGF como sendo uma violação dos direitos humanos e 10% que era uma forma de ostracismo da mulher e da sua sexualidade. Por fim, e em último lugar, os técnicos de saúde, apontam como justificacão os danos físicos e psicológicos na mulher ou rapariga, 9% (gráfico 12).

**Gráfico 12 - Justificação da erradicação da prática.**

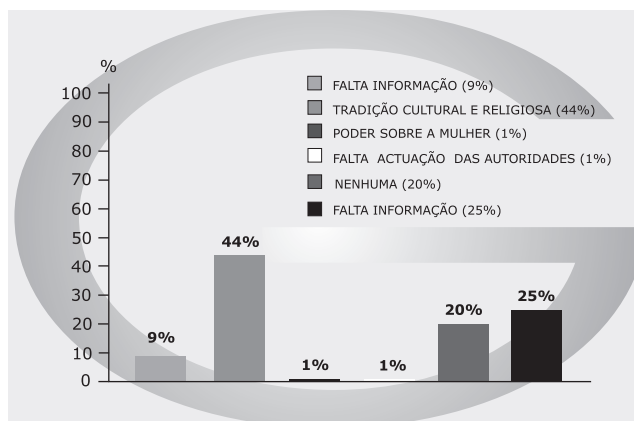




Remetendo para os dados obtidos em 2003, mais uma vez, a justificação para a erradicação da MG devido a problemas de saúde (físicos e psicológicos) ocorre como terceira e última opção mais mencionada (9%). Face à questão sobre as razões que profissionais de saúde encontram para a manutenção desta prática tradicional, obtiveram-se 44% de respostas que apontam motivos culturais, sendo estes a principal causa da manutenção da MGF.

Igualmente certo é que 20% considera não haver nenhuma justificação para sua manutenção. Este último valor pode implicar um nível de incompreensão, susceptível de influenciar negativamente a comunicação/relação, que estes técnicos possam vir a estabelecer com pessoas que foram e que podem vir a ser objecto desta prática, bem como os que a defende e perpetuam.

**Gráfico 13 - Opinião dos profissionais de saúde para manutenção da MGF.**



Perante a pergunta sobre se consideram que os profissionais de saúde poderão ter um papel importante no desencorajamento da prática da MGF e o porquê dessa importância ou não, só uma minoria se recusou a responder (19%).

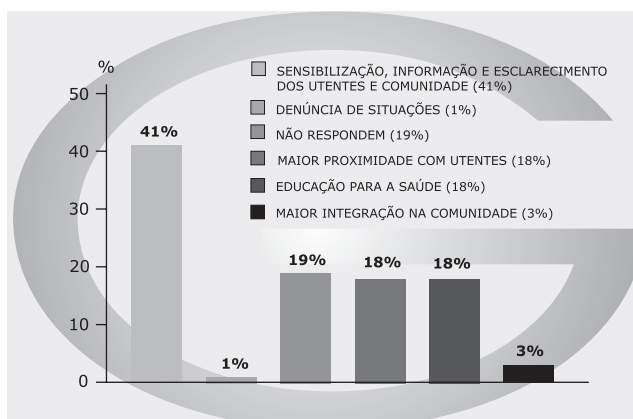


Os restantes valorizaram a proximidade e função que podem ter junto das comunidades (gráfico 14).

Neste particular é relevante os 41% de técnicos que referem que o seu papel junto das comunidades pode ser através da informação e esclarecimento das consequências negativas da MG, bem como dos cuidados que prestam enquanto profissionais de saúde (médico/a e enfermeira/o).

Interessante é o facto de atribuírem relevância à informação e esclarecimento dos utentes, quando como se viu em respostas anteriores, os técnicos carecem de informação, sobretudo especializada.

**Gráfico 14 - Papel dos profissionais de saúde na erradicação da MGF.**



Para aferir a opinião, forma de estar e valores dos inquiridos relativamente à prática e possível prevenção da MGF, confrontámo-los com sete afirmações relativamente às quais poderiam ir da total discordância ao assentimento total. A primeira afirmação tinha em conta o papel dos homens nas culturas africanas, mormente naquelas em que se pratica a MGF.

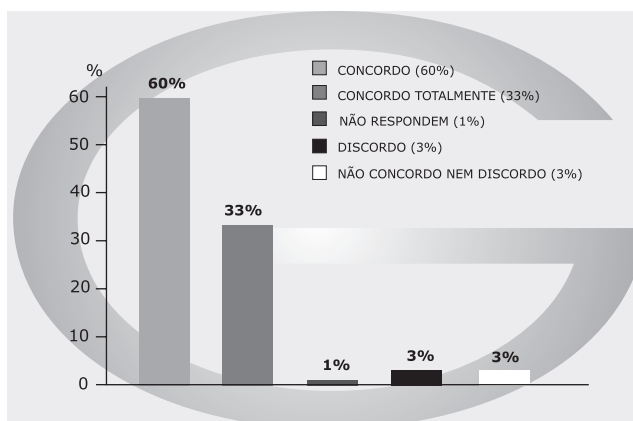


Com este pressuposto suscitámos a opinião da amostra sobre o facto dos homens poderem ter um papel importante na erradicação da MGF, dentro da sua comunidade de origem.

A leitura do gráfico 15, permite perceber que os inquiridos consideraram essencial o envolvimento masculino na erradicação da MG. Efectivamente, 93% concordaram simples ou totalmente com a afirmação.

Esta perspectiva permite-nos perceber que os inquiridos têm um nível informativo, pelo menos elementar, sobre a envolvimento cultural da MGF e que há uma necessidade de abordagem do tema com base no género, poderes reais e simbólicos, e a nível da estrutura social.

**Gráfico 15 - Papel dos Homens na erradicação da MGF.**



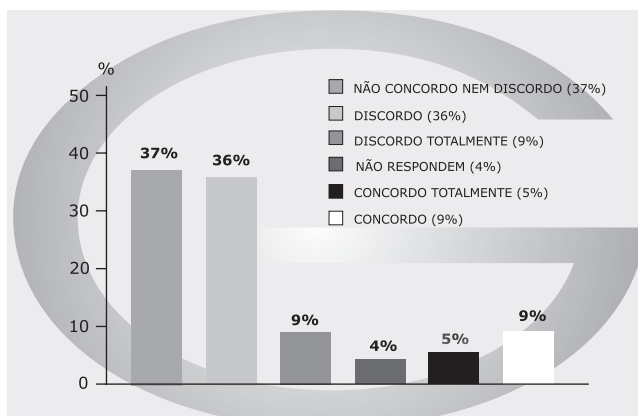
A perspectiva cultural que perpassa na resposta anterior reflecte-se na opinião emitida sobre se na sociedade portuguesa, a prática da MGF é um problema.



As respostas foram aqui heterogéneas, ainda que polarizadas em torno da não concordância, 36%, e na incapacidade para avaliar que os 37% de “concorda nem discorda” revelam.

A generalidade das respostas deixa perceber a remissão para a vertente cultural, que em contexto de migração surge mitigada, donde a discordância e também as cautelas devidas e esperadas, por parte de quem tem, como se tem vindo a perceber neste inquérito, tem um conhecimento parcelar e superficial, sobre a temática.

**Gráfico 16 - MGF um problema na sociedade portuguesa.**



Confrontados com a afirmação da MGF ser uma prática que demonstra que as famílias se “preocupam” com as suas filhas, a maioria dos respondentes (81%) discordou, sendo que mais de metade (54%) o fez totalmente.

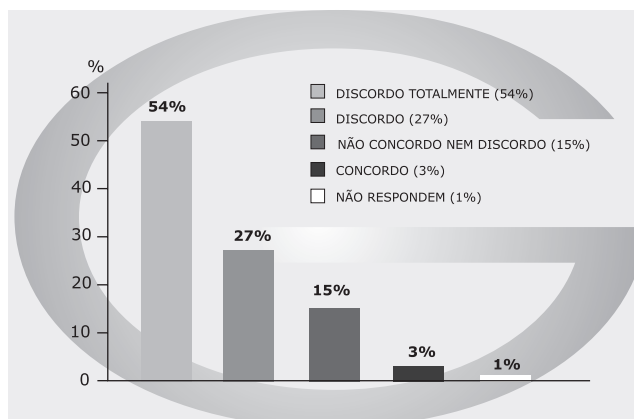
Tratando-se de uma referência estritamente cultural, que choca com o espaço de valores dos conhecimentos dos inquiridos, obtêm-se respostas absolutamente expectáveis.



Tendo presente estas respostas e que as famílias e grupos culturais de pertença pensam estar a proceder bem e a acautelar os interesses futuros da rapariga, poderemos estar perante um problema de choque cultural, entre quem pratica e quem clinicamente (numa perspectiva holística da saúde) deve desaconselhar tais práticas.

Mais uma vez, se relembra a pertinência da formação específica para estes técnicos.

**Gráfico 17 - A prática da MGF demonstra preocupação por parte das Famílias.**



Suscitados a comentar a afirmação sobre se o conhecimento e informação sobre o corpo, sexualidade, sistema reprodutivo, a função de cada órgão e consequências negativas da MGF, são um factor importante na erradicação da mesma, a maioria dos profissionais (95%), concorda que seja disponibilizada e divulgada a informação sobre as consequências nefastas do corte dos genitais femininos.

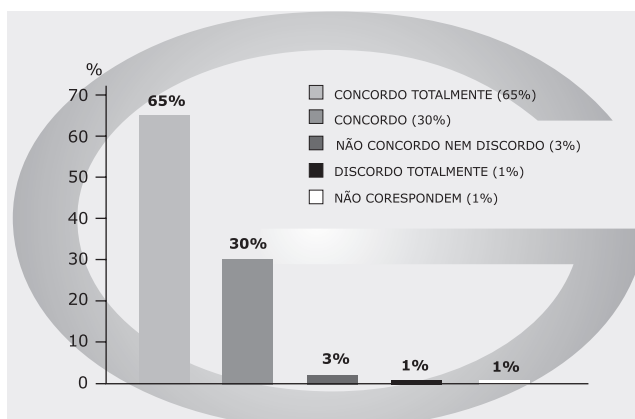
Informação essa, que deve incluir referência à anatomia/fisiologia da sexualidade e da reprodução como desencorajador da prática.



Todavia, e tendo presente o muro cultural que separa o universo e os fundamentos de quem pratica a MGF, do modelo sócio-cultural dos inquiridos, há que ter particular cuidado com o tipo e modos de abordagem do problema. É que uma má (incorrecta) abordagem pode ter efeitos perversos, que ao serem entendidos como ofensivos de valores, podem chegar à inviabilização ou indisponibilidade para qualquer conversa nesta área.

Devemos ter presente que estamos perante uma realidade que engloba valores, regras e, por vezes, tabus, em que a simples menção a partes do corpo é mal recebida.

**Gráfico 18 - Informação e conhecimento sobre consequências da MGF contribui para a sua erradicação.**

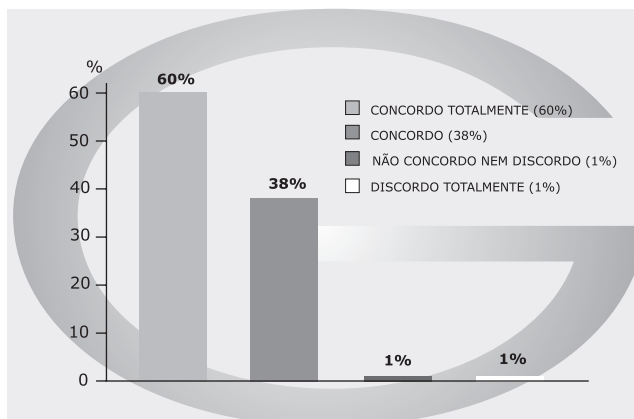


Das respostas anteriores decorre a opinião relativa à pertinência da sensibilização e informação de profissionais de saúde nos países que recebem migrantes.

É, pois, com naturalidade que 98% dos profissionais inquiridos atribuem importância à informação e à sensibilização dos técnicos.

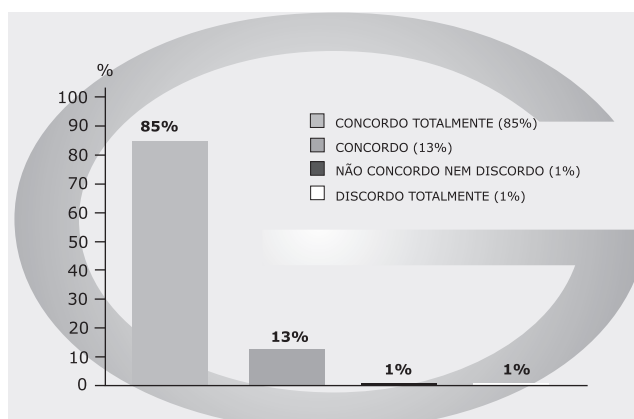


**Gráfico 19 - Informação/sensibilização de profissionais de saúde que recebem Imigrantes.**



Conferindo validade ao sentido das repostas anteriormente dadas, também a maioria (98%) quando confrontados com a afirmação de que a MGF é uma prática que viola os direitos da mulher e da criança e que deve ser combatida, concordam simples ou totalmente.

**Gráfico 20 - Violação dos direitos da mulher e criança.**

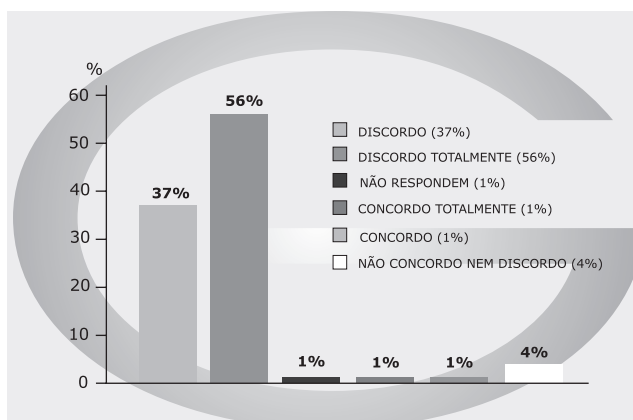




Por fim, a encerrar o escrutínio da opinião dos inquiridos relativamente a esta série de afirmações sobre valores, colocamo-los perante a frase que refere que a MGF *“é uma tradição milenar, pertença identitária de uma comunidade, e como direito cultural deve ser respeitada”*. Também aqui, naturalmente, a esmagadora maioria (91%) se revelou frontalmente contra.

Diga-se que, tendo presente a tradição cultural “ocidental”, a valoração dos direitos individuais e a formação técnico-científica dos inquiridos, o que pode suscitar interrogação é haver 9% de casos que se colocam à parte desta discordância.

**Gráfico 21 – MGF Tradição Milenar/Direito Cultural.**

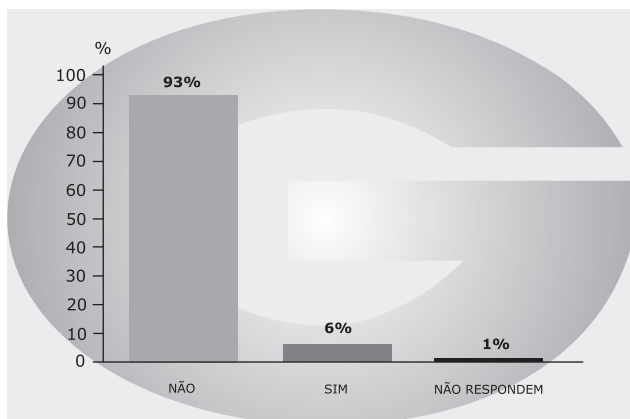


Quando direccionamos a nossa atenção para o conhecimento prático dos inquiridos e tentámos saber se alguém tinha conhecimento da realização desta prática em território português, obtivemos 6% de respostas afirmativas. Tratando-se embora de um valor estatisticamente pouco relevante, ele é sociologicamente pertinente. Ou seja, significa que o fenómeno não só ocorre em Portugal, como chega ao conhecimento de pessoas que se situam, fora da comunidade de pertença.



No entanto, não podemos pôr de parte a hipótese destas situações, não serem necessariamente, praticadas em território nacional.

**Gráfico 22 - Conhecimento da prática em Portugal.**



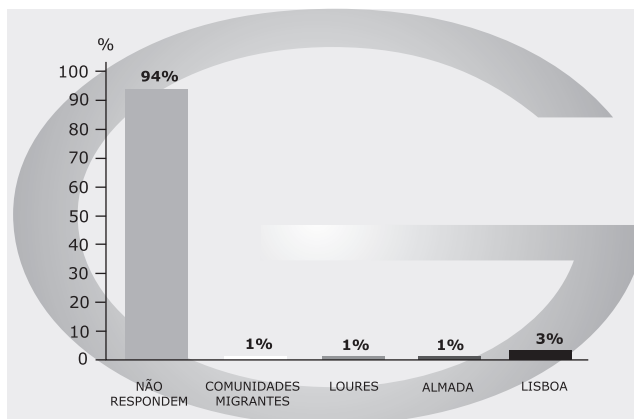
Em abono desta hipótese está o facto de 94% dos inquiridos ter sido incapaz de identificar uma área geográfica onde a prática ocorreu.

Quando o fazem referem em 4% dos casos as zonas de Lisboa, Loures e Almada, e 1% “comunidades migrantes”.

Diga-se que esta distribuição geográfica é coincidente com as áreas habituais de fixação da comunidade migrante, que tem a prática da MGF, bem como familiares e congéneres que, embora de passagem, por aí passam deixando marcas e reforçando as suas identidades nacionais e culturais.



**Gráfico 23 – Em que Zona.**



Na sequência das hipóteses anteriormente referidas, constata-se que só 4% destes técnicos foi confrontado com mulheres que apresentassem MG.

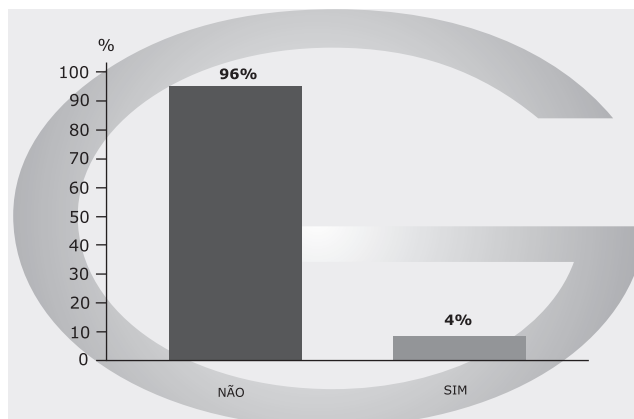
Estas respostas permitem perceber que entre o conhecimento, em abstracto, e o conhecimento resultante da observação clínica, o valor cai em dois pontos percentuais.

Trata-se de um indício de que estamos perante um fenómeno de ocorrência residual ou, e não é de descartar, da grande omissão social.

Quer uma, quer outra possibilidade em nada aligeiram a importância na sua abordagem e conhecimento.



**Gráfico 24 - Confronto com mulheres que apresentassem MGF (últimos 5 anos).**



Face à pergunta sobre o n.º de situações observadas nos últimos cinco anos, observa-se um número reduzido de casos – 6, de mutilações tipo I (clitoridectomia).

Prossegue na total ausência de respostas relativamente à opinião que têm sobre o estatuto das protagonistas destas clitoridectomias.

Ou seja, esta vertente da problemática não foi abordada nem, tão pouco, houve sensibilidade para a perceber.

Quando confrontados com a origem, só dois inquiridos referem ter conhecimento do país de pertença destas 6 mulheres, no caso a Guiné-Bissau.

Facto que, não constituindo propriamente novidade, alimenta a dúvida se esta é uma origem real ou, tão só, presumida.

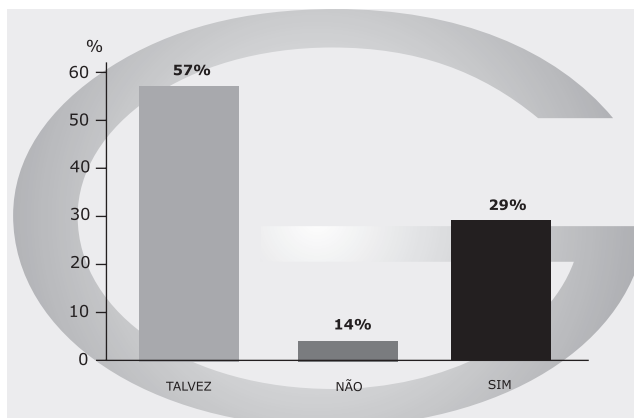


Por fim, as mulheres foram situadas na faixa etária dos 20-25 anos, o que denota a continuidade da prática recente, sendo interessante perceber se nasceram ou viviam há longo tempo em Portugal, de forma a termos indícios mais materializáveis desta prática em território nacional, ou se se deslocam ao país de origem, para serem objecto de MGF.

Diga-se que o escasso conhecimento dos inquiridos sobre esta matéria e a relatividade dos resultados emitidos anteriormente surgem plasmados na resposta à questão sobre “se saberiam reconhecer na sua prática clínica uma situação de MGF”.

Efectivamente, quase três quartos são incapazes de identificar o problema (14%), ou apresentam dúvidas sobre a sua capacidade de reconhecer alguma situação de MGF (57%).

**Gráfico 25 – Reconhecimento de uma MGF.**



Diga-se que estes resultados estão em absoluta concordância com os obtidos no estudo anterior.

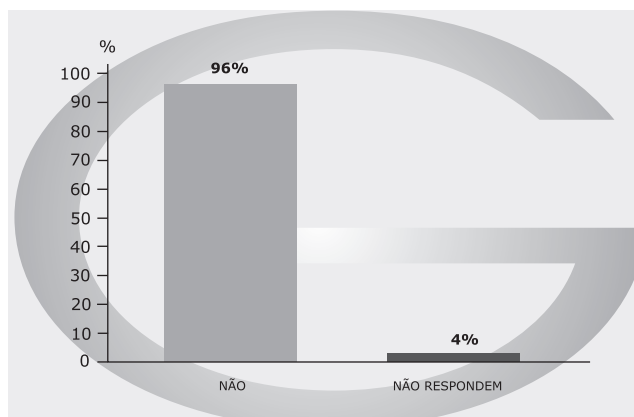


Mais uma vez, remetem-nos para a necessidade urgente de promover formação específica para profissionais de saúde. Só assim, entre outras coisas, será possível reforçar a segurança e atenção na detecção, sinalização e prevenção junto das comunidades e serviços; tendo embora presente que estamos a falar da capacidade de identificar, pela observação clínica uma mulher, com corte dos genitais, (in)susceptível de ser confundida com uma cicatriz ou uma má formação congénita. Sem nenhuma surpresa constata-se que nunca foi solicitada a realização/execução de uma MGF aos profissionais que responderam a esta pergunta.

Tendo em conta o enquadramento sócio-cultural da MGF, em que a forma e quem faz é quase tão importante quanto o acto de fazer, estranho seria que tal tivesse sido pedido a técnicos de saúde. Deve igualmente ter-se em conta as disposições legais do país, que sancionam os diferentes tipos de ofensas corporais, sem esquecer as referências deontológicas da profissão.

Tendo presente o resultado das diferentes variáveis até aqui analisadas, é com naturalidade que se constata que nenhum dos inquiridos foi consultado sobre sequelas deixadas por uma mutilação genital. Este aspecto pode advir do facto desta prática ser uma prática residual no país, como também no facto de apenas quando o problema de saúde é de extrema gravidade é que chega aos hospitais e/ou centros de saúde.

**Gráfico 26 – Solicitação para a realização da prática da MGF.**

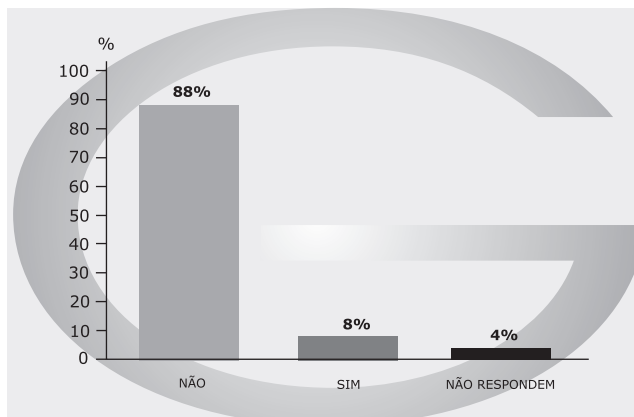




Sem surpresa de maior constatámos que 88% dos profissionais discordam que esta prática seja executada por técnicos de saúde, tendo presente os valores implícitos nas respostas dos inquiridos, assim como a deontologia profissional.

Os 8% que concorda com a intervenção de profissionais de saúde na MGF, refere que tal deve ser feito se existir indicação clínica.

**Gráfico 27 - Realização da MGF por profissionais de saúde.**

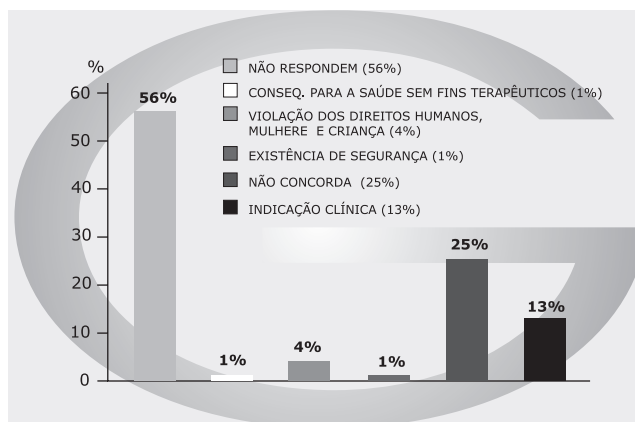


O sentido destas respostas é justificado por 25% dos inquiridos não concordarem com a prática.

Os restantes desdobraram-se com justificações como: consequências para o aparelho reprodutivo da mulher e ausência de fins terapêuticos (1%), ser uma violação dos direitos humanos (4%), e apresentaram justificações associadas à existência de indicação clínica (13 %).

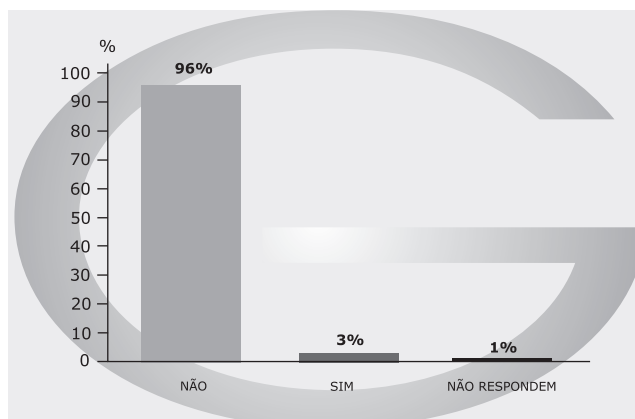


**Gráfico 28 - Justificação dada para realização da MGF por profissionais de saúde (total amostra).**



Por fim, releva-se que após a análise à totalidade de justificações (44%), a maioria (31%) simplesmente não concorda com a excisão. Quando se redirecciona o inquérito para a acção no futuro próximo e distante, rapidamente se percebe que a maior parte (96%) dos inquiridos não tem conhecimento da existência de um protocolo de actuação sobre a MGF, e 3% refere haver um aplicável.

**Gráfico 29 - Conhecimento de protocolo de actuação.**

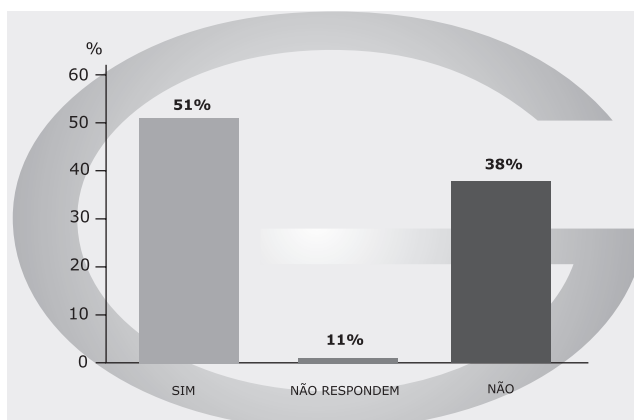




Este desconhecimento sobre a existência de um protocolo específico para actos de MGF, leva a maioria (51%) a considerar que seria importante a existência de um, no entanto, 38% opõem-se a um protocolo de actuação nesta matéria.

O padrão de respostas obtidas, à partida, se compagina mal com o facto da maioria considerar esta prática atentatória aos direitos humanos, donde, também se ter revelado indisponível para a praticar, apoiando, antes, políticas e medidas preventivas que desmotivam a realização de mutilações genitais femininas.

**Gráfico 30- Importância de um protocolo de actuação.**



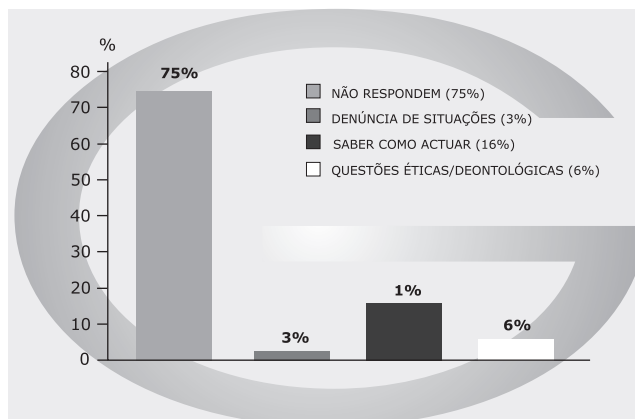
Esta aparente contradição esbate-se com a resposta que justifica a pertinência de um protocolo.

Efectivamente, os inquiridos que respondem a esta questão, deseja-o maioritariamente (16%) para saber como actuar face a uma situação de MG e 3% desejam-no mesmo para enquadrarem legalmente a denúncia de uma situação.



Por fim, há 6% que remetem para questões éticas e deontológicas, percentagem que, *grosso modo*, corresponde a quem anteriormente, responde não ser necessário um protocolo de actuação.

**Gráfico 31 - Justificação da importância de um protocolo de actuação.**

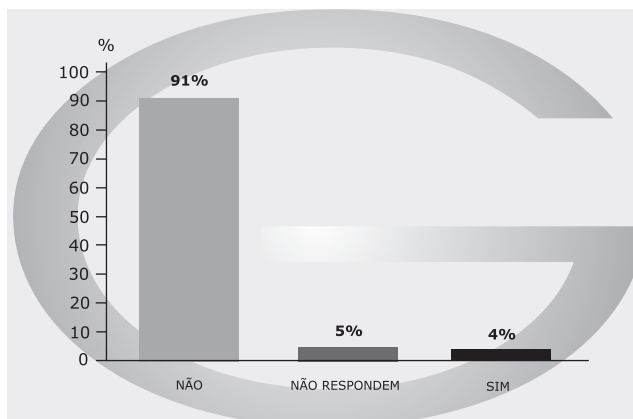


O grande desconhecimento sobre medidas político/legais que, eventualmente, existam surge plasmado nos 91% que ignoram se há algum enquadramento legal para a prática da MGF na Legislação Portuguesa.

Valor a que se forem adicionados mais 5% que admitem a possibilidade de existir esse enquadramento, em nada alivia a imprecisão de conhecimento sobre esta matéria, independentemente da perspectiva de análise.



**Gráfico 32 - Conhecimento de legislação aplicável à MGF.**

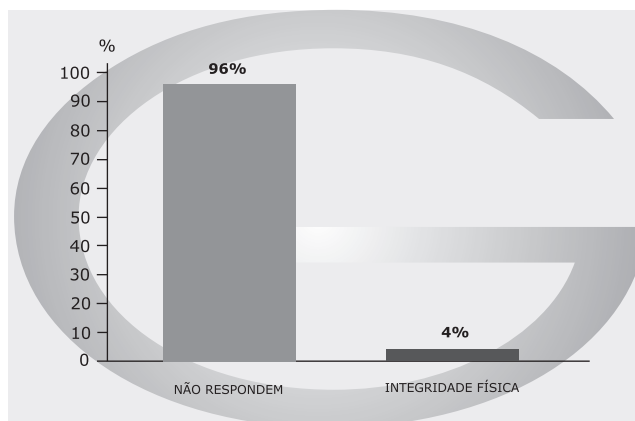


O único indício de aproximação à realidade surge por via dos 4% que remete o enquadramento legal da MGF para a *"integridade física do indivíduo"*, o que significa o seu enquadramento nos crimes contra as pessoas.

Todavia, não se pode deixar de estranhar que uma amostra que justificando a condenação desta prática com o facto da MGF atentar contra a saúde e dignidade das pessoas (mulheres e meninas), ou seja, a ser contrária a alguns dos direitos humanos mais elementares, não responda à questão, e só minoritariamente a relaciona com as ofensas corporais mais ou menos graves.



**Gráfico 33 - Existência de legislação aplicável à MGF.**



Porém, na nossa perspectiva, mais preocupante que o desconhecimento anterior, e revelado ao longo de outras questões, é o facto de 81% dos inquiridos ser favorável à criminalização da MGF. Considerando mesmo que deve constituir-se como crime autónomo no código penal.

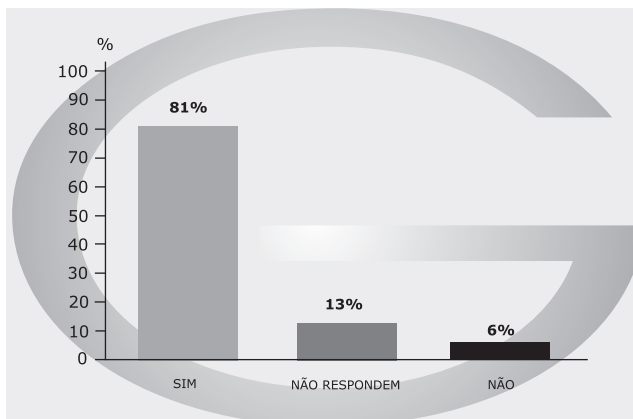
Passando à margem das equações legais em que a prática é já criminalmente enquadrada, considera-se pertinente e chama-se à atenção para o facto de que qualquer tipo de criminalização supõe necessariamente condenação e penalização.

Ditam os conhecimentos actuais na área das ciências sociais, que este é o pior caminho para fazer reverter ou inferir práticas que assentam em valores ancestrais e “crenças” culturais.

Pelo contrário, a perseguição obriga perpetradores, excisadores e defensores da MGF a esconderem-se e a camuflarem-se, ainda mais, com as consequências que daí decorrem, tanto a nível sanitário, como dos direitos humanos fundamentais.

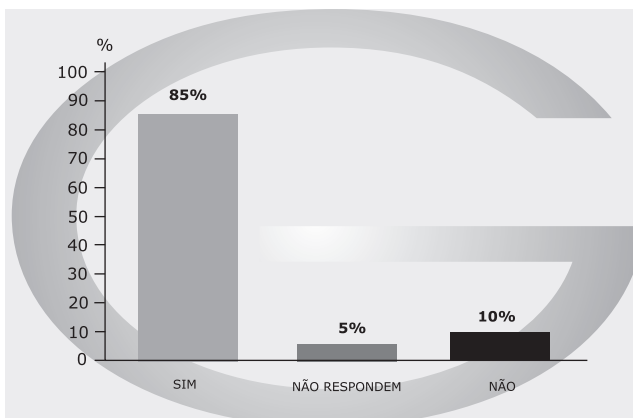


**Gráfico 34- MGF como crime autónomo.**



A sinalização das situações, à semelhança do que acontece com os abusos sexuais ou violência familiar, diz bem onde, em termos de valores, estes técnicos enquadram a MGF, com uma concordância de 85%.

**Gráfico 35 - Sinalização da prática.**



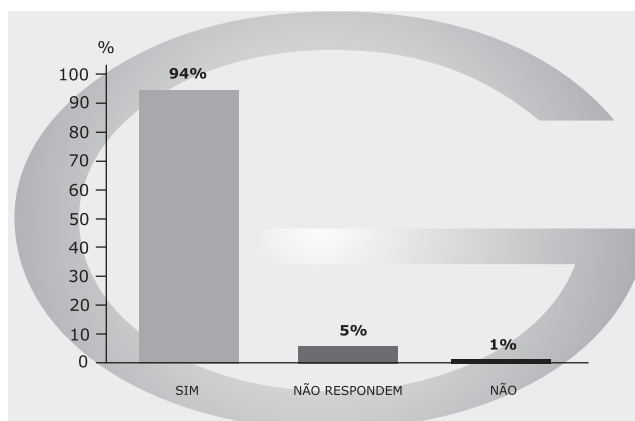


Por fim, deve relevar-se a disponibilidade que os inquiridos, demonstram em e para futuras intervenções.

A maioria (94%) considera que é necessário o trabalho com as comunidades onde esta prática ocorre, não obstante, anteriormente terem considerado que a MGF não era um problema para a sociedade portuguesa.

Apesar desta aparente contradição, tendo presente o escasso n.º de casos na sua prática clínica, os profissionais consideram a MGF ofensiva dos valores humanos, ocidentalizados, que independentemente do seu volume e local de excisão, justifica um trabalho de esclarecimento e prevenção.

**Gráfico 36 - Necessidade de trabalho com comunidades onde a MGF ocorre.**

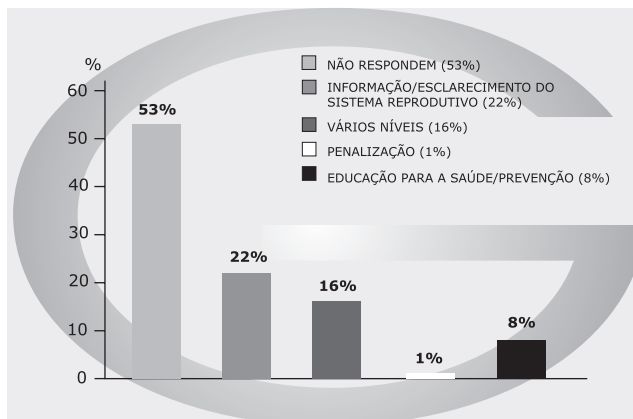


Em favor desta hipótese de intervenção com as comunidades, surgem respostas relativas aos níveis ou campos de actuação.



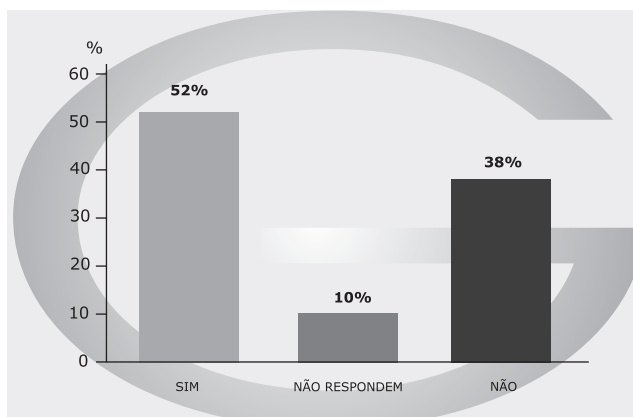
Assim, a maioria (22%) refere, mais uma vez, a importância da informação e do esclarecimento sobre sistema reprodutivo e sobre as consequências da mutilação, havendo 16% que opta pela intervenção a nível comunitário, familiar e social.

**Gráfico 37- Níveis de intervenção (total amostra).**



Para além do trabalho com a comunidade, 52 % mostra-se disponível para frequentar acções de formação.

**Gráfico 38 – Disponibilidade para formação sobre MGF.**





#### **A Grande Maioria dos Profissionais**

- Tem conhecimento do tema, 92%
- Não concorda com a “MGF assistida” ou medicalizada, 88%
- Não tem conhecimento da existência de um protocolo de actuação, 96%
- Desconhece a existência de uma lei passível de enquadrar MG, 91%
- Concorda que a MGF deveria ser considerada como um crime autónomo, 81%
- Concorda que a MGF deveria ser sinalizada aos serviços oficiais, 85%
- Concorda com a necessidade de trabalho com comunidades nas quais a MGF ocorre, 94%
- Revela alguma insegurança quanto à capacidade de reconhecer a MG, 57%

#### **Uma Minoria dos Profissionais**

- Teve formação específica na área a MGF, 3%
- Observaram situações de MGF, 4%
- Tem conhecimento da prática em Portugal, 6%

#### **Cerca de Metade dos Profissionais**

- Concorda com a importância de um protocolo de actuação, 51%

#### **Nenhum dos Profissionais**

- Observou sequelas ou foi solicitado para a realização da prática



## **Conclusões**

Em termos de síntese final e genérica é possível afirmar que a maioria das pessoas inquiridas (profissionais) já havia, pelo menos, ouvido falar de Mutilação Genital Feminina. Certo é também que, parte substantiva, conhecia a problemática através da imprensa, tipo de aquisição que estreitou as margens do saber e moldou as formas de sentir o problema.

Desta situação resulta que a generalidade dos profissionais se declarou incapaz de reconhecer com segurança, através da observação clínica, se uma mulher sofreu ou não algum tipo de mutilação genital.

Esta prática é, na maioria dos casos, considerada de matiz cultural, ainda que atentatória da saúde e do bem-estar físico e psicológico das mulheres e meninas que dela foram submetidas.

O confinar da MGF a grupos restritos e circunscritos de migrantes oriundos de África e a sua colocação num quadro de valores e de procedimentos muito próprios, e no qual se discorda e diverge, ajuda a perceber a concordância com a sua sinalização oficial, bem como a pertinência com que os profissionais de saúde inquiridos vêm a sua inserção como crime autónomo, no código penal. Nesta linha de pensamento, surge, como natural, o desconhecimento da legislação enquadradora ou de qualquer protocolo de actuação.

Assim, e tendo em conta o quadro ético e deontológico destes profissionais, compreende-se a sua discordância face a MGF assistida e/ou medicalizada, e a aposta no trabalho directo com as comunidades onde ela ocorre.

Diga-se que para esta razão de ser e de pensar contribui o escasso volume de técnicos de saúde que observou situações de MGF ou sequelas decorrentes da sua prática, bem como a despiciente proporção daqueles que tomaram conhecimento da prática do acto em Portugal.



Como contrapondo à nebulosidade que envolve o retrato até agora traçado, surge o desejo e disponibilidade para formação nesta área e a pertinência de contactos e sensibilização das comunidades, mormente dos homens que nela têm poder formal e informal. Relevante é, igualmente, o sentimento de que se definam regras que os ajudem a balizar atitudes e procedimentos aos vários níveis da prevenção.

Confrontando estas formas de sentir, estar, viver e de se disponibilizarem para actuar com os resultados obtidos em 2003, encontramos linha de continuidade, senão mesmo de equivalência. Diga-se que estranho seria que no imediato se registassem alterações profundas sem formação, abordagem de cidadania e multiculturalidade, numa problemática que remete para valores sócio-culturais e para a sexualidade.

Esta realidade não pode, porém, deixar passar em claro a outra face da moeda que também permaneceu imutável e que tendo em conta, o levantamento feito no estudo anterior, poderia e deveria ter mudado.

Estamos a falar na formação e sensibilização de profissionais e na regulação e homogeneização das respostas que deveriam já existir face à MGF.

Formação tão mais pertinente quanto a necessidade de trabalhar com as pessoas afectadas. Sendo certo que a prática da MGF é indissociável do quadro de valores culturais próprios, torna-se necessário planear toda e qualquer intervenção, para que prevenir eventuais dis-rupturas nos contactos e reforcem a clandestinidade e segredo da MGF, com todas as consequências daí decorrentes.



Para além da formação específica é importante que profissionais de saúde identifiquem momentos e debatam este tema entre si, incluam nas suas rotinas a MGF e a multiculturalidade, troquem experiências, criem códigos de conduta.

A erradicação e o desencorajamento da MGF passa, por uma abordagem holística da saúde (onde cabem os vários saberes e poderes académicos e institucionais), em especial a saúde sexual e reprodutiva e a saúde pública, que promova a igualdade e cidadania entre homens e mulheres de todas as idades, origens sócio-culturais e posição na família.

O que implica também a abordagem do debate e a formação de outros profissionais envolvidos nomeadamente da educação, acção social e justiça, mas sempre em articulação e respeito pelas e com as comunidades, com especial atenção às suas lideranças (formais e informais) que incluem líderes religiosos, mediadores e agentes de desenvolvimento.

Assim, o ensinar a pensar a MGF numa perspectiva de erradicação passa, em nosso entender, por uma abordagem multicultural e multivectorial da saúde enquanto sistema dinâmico de uma sociedade moderna.

A mais recente resolução sobre Mutilação Genital Feminina, foi apresentada pelo Grupo Africano na Comissão do Estatuto das Mulheres das Nações Unidas já em 2007 (CSW, 2007), refere especificamente:

*"(...) Urges States to promote gender-sensitive, empowering educational processes, by as appropriate reviewing and revising school curricula, educational materials, and teacher-training programmes and elaborate policies and programs of zero tolerance for violence against girls, including female genital mutilation, and to further integrate a comprehensive understanding of the causes and consequences of such violence against girls into education and training curricula at all levels; (...) provide education and training on the rights of girls to families, community leaders, and all professions relevant to the protection and empowerment of girls, such as all levels of health care providers, social workers, police officers, legal and judicial personnel and*



*prosecutors, to increase awareness and commitment to the promotion and protection of the rights of girls and appropriate responses to rights violations, on female genital mutilation... develop social and psychological support services and care and to take measures to improve health, including sexual and reproductive health, to assist women and girls who are subjected to this violence." (...)<sup>15</sup>*

---

<sup>15</sup> African Group Resolution – Ending Female Genital Mutilation (Agreed) – The Commission on the Status of Women, 8 March 2007, Rev. 4 in [www.ippf.org](http://www.ippf.org) ; [www.ippf.org/NR/rdonlyres/DF4E978-49F8-4C99-BC48](http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/DF4E978-49F8-4C99-BC48)



## **IMIGRAÇÃO E SAÚDE EM LOURES – REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA**

**Maria Cristina Santinho**

Antropóloga; Investigadora do Centro de Estudos de Antropologia Social (ISCTE);  
Professora na Universidade Lusófona

Actualmente em Portugal, a diversidade sociocultural, é bastante heterogénea, como sabemos, em particular pela expressão das diásporas e dos movimentos migratórios transcul-turais. O contexto sociocultural, económico e político dos imigrantes residentes em Portugal, é hoje diferente do dos seus respectivos países de origem, mas não quer isso necessariamente dizer, que sejam radicalmente diferentes as práticas culturais, ou os rituais com eles relacionados.

Supomos que a Mutilação Genital Feminina (MGF) se pratica em Portugal de forma directa e clandestina, ou em alternativa, durante o curto período de regresso temporário de algumas famílias de imigrantes, ao seu país de origem. Assim sendo, que tipo de abordagem deverão os técnicos de saúde, investigadores, jornalistas, estar preparados para fazer, sabendo que este é um tema tabu, não só para os que consideram estas práticas como um reforço da sua identidade, como para os investigadores que se debatem com a ambiguidade do relativismo cultural por um lado, e por outro dos direitos humanos, em que se inscreve o direito à saúde e a decisão adulta e esclarecida do que fazer com o seu próprio corpo.

Em primeiro lugar, devemos ter em conta que, fazer investigação ou intervenção directa sobre MGF, não é com certeza o mesmo que falar sobre tuberculose ou planeamento familiar.



Falar sobre mutilação, é falar sobre a sexualidade, o corpo, os órgãos genitais, o clítoris, a dor física e psicológica, as diferenças de género, o poder e a submissão e, por isso, a abordagem é num primeiro momento, complexa, íntima, pessoal e privada.

Mas não podemos esquecer, que o corpo está também ele inserido num contexto mais amplo, onde se incluem as bio-políticas da saúde, para além dos circuitos económicos e religiosos com elas relacionados.

Em segundo lugar, reforçamos a ideia de que existe uma interacção simbólica entre corpo e ordem social, passando este a ser um factor de integração ou exclusão social, ponto de partida para analisar a cultura e o *self*, sendo por isso necessário tomar em linha de conta, o carácter inclusivo subjacente à prática da MGF no que diz respeito à alegada integração da criança e da mulher no seu contexto familiar e cultural.

O corpo e as emoções com ele relacionadas, não são realidades exteriores, mas *experimentados* em função de eventos externos e situações sociais. As técnicas do corpo usadas em forma de ritual ou na vida quotidiana – desde logo a prática da Mutilação Genital Feminina e do seu rito de passagem: o Fanado – em contexto cultural e geográfico guineense, por exemplo – correspondem a um mapeamento sociocultural do tempo e do espaço que, desde logo, deverá ser reequacionado e reanalisado quando o contexto já não é só o da aldeia africana, mas eventualmente, o 5º ou 6º andar de um qualquer bairro de realojamento em Loures, Sintra ou Amadora.

Assim, a abordagem à MGF deverá ter em conta o contexto mais amplo em que ela se insere, nomeadamente a realidade actual da imigração em Portugal e em particular no Concelho de Loures, uma vez que foi neste enquadramento geográfico onde se efectuou a aplicação de inquéritos a médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde de Loures e Sacavém (ambos pertencentes ao Concelho de Loures).



Numa abordagem transcultural, de amplas e globais movimentações de pessoas, experiências, tradições e ideologias, é também necessário reforçar a ideia de que *o corpo* e tudo o que ele representa, se tornou um campo de actividade política e cultural, na medida em que é nele que se inscrevem a curto ou a longo prazo as decisões tomadas pelos governos e pelos estados - em particular, no campo da saúde.

É por isso necessário redobrar a atenção relativa às eventuais acções políticas destinadas a proibir a MGF em Portugal, uma vez que possíveis tentativas de legislar sobre esta matéria, podem conduzir à estigmatização e perseguição sobre os actores sociais directamente envolvidos, levando a atitudes racistas e xenófobas sobre imigrantes ou grupos étnicos mais conotados com a prática da MGF.

A nosso ver, quaisquer temáticas relacionadas com a imigração em Portugal, não deverão ser dissociadas de uma reflexão mais profunda sobre as condições de vida e em particular a saúde destas populações, em particular porque representam uma fatia tão significativa na vida de um determinado território, não tanto pela expressão numérica (no caso de Loures, a população imigrante legalizada ronda os 7% da população total), mas principalmente pela sua expressividade idiossincrática no que diz respeito às suas diferentes origens geográficas, práticas culturais, cultos religiosos, atitudes perante a saúde e a doença, histórias de vida, etc.

É por isso importante, começar por conhecer um pouco mais sobre este território geográfico em termos migratórios.

O Concelho de Loures, como o de Lisboa por exemplo, resulta de um processo de miscigenação social, proveniente em parte de imigrantes vindos de lugares tão diversificados como Cabo-Verde, Angola, Guiné, São Tomé, Ucrânia, Brasil ou China para dar apenas alguns exemplos, e que perante condições adversas resultantes de situações de guerra ou de processos produtivos dos seus países de origem, vão contribuindo aqui, para a criação de uma sociedade mais



cosmopolita, onde se difundem valores e normas culturais em transição e, pouco a pouco, começam a consolidar novas expressões culturais e novos modos de vida dos seus habitantes.

Em termos numéricos e com base nos censos de 2001 (não existem dados oficiais mais recentes a nível concelhio), Loures é um Concelho com aproximadamente 200 000 habitantes.

Destes, cerca de 13.430 equivalem a populações estrangeiras, e destes ainda, 11013 são oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's), sendo que 82% dos imigrantes no Concelho de Loures, equivalem a populações com origem no continente africano.

É necessário no entanto, termos em consideração uma noção muito importante: estes números dizem respeito apenas à população imigrante legalizada. Não constam com rigor em nenhum lugar, os números referentes a todos os outros imigrantes não documentados, que vivem também no Concelho de Loures e no resto do país, de forma clandestina, e que têm simplesmente, as mesmas necessidades quotidianas relativamente à habitação, ao trabalho, à educação dos seus filhos, à alimentação, e é claro, à saúde.

É importante referir também que neste concelho, a população imigrante se tem organizado de forma bastante activa, sendo disso testemunho as cerca de 28 associações nele existentes, um pouco por todo o território, embora com maior expressão na zona oriental, como por exemplo as freguesias de Sacavém, Apelação, Prior Velho e Unhos. Só a freguesia de Sacavém, possui 7 associações de origem africana registadas. Um dos factores que contribui para este fenómeno, é a existência de um bairro de realojamento denominado "Terraços da Ponte", anteriormente conhecido por "Quinta do Mocho", local em que mais de 90% dos residentes, é originária dos PALOP's.



Este é um dos aspectos que merece ser salientado e que podem fazer a diferença relativamente à eficácia de intervenção concertada relativamente à MGF, no sentido em que quer os médicos, quer os enfermeiros e restantes técnicos de saúde, podem encontrar nos representantes das associações de imigrantes, os principais interlocutores para o debate sobre as práticas nefastas supostamente levadas a cabo em contexto urbano português ou nos países de origem.

Saliente-se ainda o facto de algumas destas associações terem como principal eixo de intervenção as questões relacionadas com a saúde e com os direitos de cidadania, levando a cabo projectos de intervenção (muitas vezes em parceria com a autarquia ou com ONG's), actividades culturais ou religiosas, acções de formação em diversas áreas, apoio escolar, informação respeitante a empregos, informação relativa a questões jurídicas relacionadas com legalização e obtenção de vistos de perma-nência, residência e reagrupamento familiar, articulação com os serviços da Câmara Municipal com vista ao recenseamento para obtenção de habitação nos bairros de realojamento, encaminhamento e apoio na prestação de cuidados de saúde e ainda, assistência social e solidária.

Relativamente à vontade deliberada e quanto a nós correcta, da inscrição da abordagem da MGF num contexto mais amplo da saúde, coloca-se a seguinte questão: porque razão se deve entender a saúde dos imigrantes – em última análise – o seu corpo – como elemento susceptível de uma abordagem específica no contexto da sociedade portuguesa quando, o que pretendemos é a sua não estigmatização pela cor da pele, a língua, ou a cultura? Uma das características comuns de grande parte da população imigrante é a sua vulnerabilidade.

Quase inevitavelmente este estado, manifesta-se numa crónica acumulação de desvantagens sociais, manifestas através de uma maior dificuldade em encontrar emprego de acordo com as suas necessidades, conseguir consulta no médico, ter boas notas na escola, que conduzem estas populações a circuitos de exclusão e que se vão manifestando mais cedo ou mais tarde em



frustração, sentimentos de revolta, desadaptação, dependência do álcool ou drogas, distúrbios mentais, violência pública e doméstica.

Assim sendo, partimos dos seguintes pressupostos relativamente à população imigrante:

A principal razão que leva um indivíduo ou uma família a emigrar, é procurar noutro país melhores condições de vida; a reduzida escolaridade, a dificuldade no domínio da língua dominante no país receptor ou a inexistência de certificação de competências, condiciona as suas opções de emprego, remetendo-os para actividades pouco valorizadas socialmente, instáveis, com horários violentos, trabalhos de alto risco, por vezes propensos a acidentes graves, mal remunerados, sem seguros, frequentemente dependentes da má índole dos empregadores que preferem não regularizar os contratos de trabalho.

Neste contexto, o corpo é usado como principal ferramenta de trabalho tanto masculino como feminino, condicionando assim a sua relação com o bom ou o mau desempenho profissional. A doença condiciona enormemente a relação com o trabalho, pondo em causa – quando o salário falha – a sobrevivência económica de toda a família quer a que reside em Portugal, quer ainda a que permaneceu no país de origem, acrescentando ainda um outro problema, que se manifesta na falta de dinheiro para comprar os medicamentos ou para ir a um médico da especialidade, ou seja: a existência de uma doença mais prolongada, compromete perigosamente todos os projectos e aspirações de uma vida melhor e que levaram, em primeira instância à difícil decisão de emigrar.

O conceito de saúde e de doença tem uma enorme abrangência e portanto, a doença e o corpo do indivíduo não se pode observar só numa perspectiva clínica, mas antes sobretudo de forma holística, que implica a relação do corpo com vários contextos: familiar, habitacional, étnico, religioso, profissional, o mesmo acontecendo relativamente à questão da MGF.

Isto é: em contexto clínico português, os médicos ou enfermeiros que deparem com uma criança ou mulher mutilada, deverão percepcionar esse facto, integrando-o num contexto mais



ampla da cultura que o produziu, sendo para isso necessário estarem previamente preparados através de acções de formação específicas e de um maior envolvimento com os representantes das diversas associações multiculturais, para a identificar correctamente e para fazer o acompanhamento necessário tanto em termos clínicos como psicológicos, de preferência dedicando mais atenção à prevenção, promovendo sempre que possível, sessões sobre saúde sexual e reprodutiva com jovens e futuros pais, abordando os efeitos nefastos da MGF.

Os contextos sociais, culturais e políticos dos países de origem dos imigrantes, condicionam claramente a atitude dos indivíduos perante os diversos conceitos de saúde e de doença. Esta premissa pode-se verificar por exemplo, em relação à forma como se encara o "*Fanado*" – ritual que envolve a Mutilação Genital Feminina – entre os guineenses, com certeza diferente do país de acolhimento.

De igual forma, a ausência de hábitos de prevenção, sobretudo nalguns países africanos, a ausência de sistemas nacionais de saúde por vários motivos como a guerra, a pobreza ou as políticas governamentais, ou a necessidade de perpetuar determinadas tradições para sustentar um sistema económico por vezes relacionado com o poder, condiciona as atitudes dos imigrantes perante o corpo, levando-os a interagir com a medicina ocidental apenas em situações de emergência, sendo por isso duplamente necessário o estabelecimento de uma relação mais constante e confiante entre os indivíduos imigrantes – homens, mulheres e crianças e os médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde.

Do ponto de vista estratégico, é necessário ter em conta a importância dos curandeiros tradicionais tanto pela importância que estes indivíduos têm no universo simbólico dos contextos etnográficos, como pelo facto de serem com frequência estes, os únicos detentores do poder de cura e de relacionamento com o corpo, reconhecidos pela comunidade, embora este facto possa não ser assumidamente reconhecido.



A MGF, corre o risco de existir - clandestinamente em Portugal, e consentidamente na Guiné, entre as famílias emigradas - enquanto não se promoverem por parte do Ministério da Saúde e ARS em parceria com outras entidades (desde logo, associações, autarquias, ONG´s e IPSS's), programas de saúde particularmente dirigidos a imigrantes, mas também acções de formação sobre multiculturalidade (onde se incluíam as práticas tradicionais nefastas como a MGF), particularmente dirigidos a médicos e enfermeiros.

Preferencialmente, as acções dirigidas a imigrantes, deverão ser partilhadas pelos dirigentes associativos (homens e mulheres) e também pela população anónima, para que posteriormente possam transmitir novas atitudes positivas face ao corpo e à saúde e doença, às comunidades e famílias que representam, fazendo uso de uma linguagem comum e dos mesmos referentes identitários.

Acreditamos que impor a alteração de padrões culturais e de atitudes e normas de comportamento de forma desajustada, é contribuir para a desestruturação social e psicológica das comunidades e dos indivíduos de origens etnográficas diferentes.

A propósito do argumento teórico das diferenças culturais, muitas vezes apresentado como justificação para a dificuldade de aceitação por parte da sociedade de acolhimento (de forma genérica) dos imigrantes provenientes de várias origens, gostaríamos de esclarecer o nosso ponto de vista: a diferença entre o Nós e os Outros, não é, no caso dos fenómenos migratórios, uma diferença justificada apenas aparentemente pelas questões culturais. Se assim o entendemos, estamos a ignorar a variabilidade e a dinâmica de toda a configuração sociocultural, e a sua estreita relação com o económico e o político, uma vez que todos nós enquanto indivíduos – imigrantes ou não – somos seres históricos e portanto criadores (e não só portadores) de uma cultura.



Assim, a óptica da integração dos imigrantes, que muitas vezes se propõe, não deve basear-se somente na forma de entender, aceitar ou repudiar, determinadas diferenças culturais de que são portadores, mas principalmente respeitar o exercício da cidadania que pressupõe para cada indivíduo residente em território nacional (imigrante ou não), possa ter os mesmos direitos e os mesmos deveres, independentemente das características da sua cultura, o que inclui a opção consciente e esclarecida por parte dos homens e mulheres imigrantes de poderem recusar a tradição da MGF, quer para si quer para as suas filhas, sentindo que com essa recusa estão a tomar um papel activo na protecção da sua própria saúde, sem correrem necessariamente o risco de serem excluídos do seu grupo cultural de referência.

Só poderemos dizer que um imigrante está inserido voluntariamente na sociedade de acolhimento, quando nas suas relações com as instituições, os conflitos que eventualmente surjam, não sejam imputados à sua posição jurídica, à sua nacionalidade, a sua cultura, ou mais prosaicamente a cor da sua pele, mas antes a problemas que poderiam afectar qualquer cidadão, no exercício dos seus direitos e deveres.

Infelizmente, neste domínio, um longo caminho há ainda a percorrer, pois a condição de imigrante, está ainda associada a extrema vulnerabilidade, quer económica, quer social, quer familiar, quer profissional, sendo por conseguinte necessário um profundo debate político e social a este respeito.

É também necessário sublinhar a ideia de que quaisquer políticas de intervenção devem sempre ser realizadas tendo em conta que não se deve nunca tomar a parte pelo todo, ou seja: quando falamos da população imigrante residente num determinado concelho, há que salvaguardar que estamos a falar de comunidades tradicionais muito diversificadas entre si, tanto do ponto de vista social, como histórico, como cultural, como linguístico.

Para além do colectivo, o indivíduo é a expressão máxima do direito de cidadania, uma vez que possui características de personalidade, desejos, sentimentos, atitudes, histórias de vida, grau



de instrução e aspirações pessoais e profissionais diferentes de todos os outros, embora possa pertencer a uma determinada comunidade étnica com referentes identitários semelhantes.

Voltando de novo às questões da Saúde, várias questões se podem colocar, nomeadamente:

- Como está a “oferta” e a “procura” dos serviços de saúde no que diz respeito aos munícipes do Concelho de Loures? - Que tipo de abordagem se tem feito por parte do Serviço Nacional de Saúde, relativamente à saúde dos imigrantes? - Deve haver uma “discriminação” pela positiva relativamente à especificidade da saúde dos imigrantes ou deve esta ser encarada numa abordagem geral dos contextos de pobreza?

A questão da saúde dos imigrantes tem sido encarada num contexto mais global da população carenciada ao nível social e económico, sem tomar em conta os padrões culturais específicos de cada grupo étnico, prejudicando assim a comunicação em termos de eficácia de utilização dos serviços de saúde. Esta é talvez uma das razões que explicam a fraca adesão às solicitações de resposta ao inquérito sobre MGF nos Centros de Saúde de Loures e Sacavém, justificada pelo menos em parte, pela ausência de uma abordagem de saúde específica e adaptada aos desafios da multiculturalidade, enfermando numa postura hegemónica por parte dos saberes biomédicos que insistem frequentemente em encarar o corpo como um objecto descontextualizado das práticas socioculturais e dos sentimentos e afectos que o envolvem.

Um outro aspecto possível de salientar nesta débil resposta à solicitação de preenchimento dos inquéritos, pode ainda estar relacionada com a fraca visibilidade da população imigrante nas consultas de médico de família (para já não falar nas consultas de especialidade), directamente relacionadas com a difícil acessibilidade dos imigrantes – em particular dos indocumentados – ao Serviço Nacional de Saúde, apesar do Centro de Saúde de Sacavém ser um dos que mais atende imigrantes.



Reflectindo sobre a oferta de consultas, a nível das instituições de saúde pública locais, representadas em cada Concelho pelos Centros de Saúde e suas extensões, coloca-se a questão de saber se de facto estas instituições, têm capacidade de resposta para assumir as intervenções necessárias, relativas às necessidades da população portuguesa e/ou imigrante. No caso de Loures, onde ainda não existe hospital, e nem se vislumbra a sua existência, a população está servida como já referimos por dois centros de saúde, sendo um deles o de Sacavém – o segundo maior do país em termos de população abrangida, a seguir ao de Odivelas – e o Centro de Saúde de Loures. Sabemos que legalmente, cada médico de família tem uma carteira de atendimentos que não deve exceder as 1500 pessoas.

No entanto, também sabemos que cada médico ultrapassa em muito este número de atendimentos e mesmo assim, nas freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Loures existiam cerca de 20 000 utentes sem direito a médico de família, e nas freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Sacavém, estavam sem médico cerca de 15 000 utentes.

Ora estes números dão uma ideia aproximada da população a descoberto de qualquer protecção ao nível da saúde, incluindo população imigrante, esteja ou não legalizada, o que pode contribuir para graves riscos no sector da saúde pública, para já não falar de acções de intervenção relativamente a projectos de esclarecimento e formação técnica sobre as práticas tradicionais nefastas, como já anteriormente nos referimos.

Infelizmente, não existe ainda investigação realizada de forma sistemática, sobre as características específicas em termos de saúde e doença entre as diferentes comunidades imigrantes, nem sequer ao nível do levantamento e cruzamento de dados estatísticos. Factores como o índice de morbilidade, da natalidade, de mortalidade, de gravidez precoce, de incidência de doenças específicas de certos grupos, ou mais especificamente de dados detectados sobre a efectiva existência da MGF em Portugal, ainda estão no domínio dos dados empíricos ou do conhecimento quase particular de alguns estudantes, técnicos de saúde, investigadores, ou



representantes das comunidades imigrantes, que se esforçam por encontrar apoios financeiros para levar a cabo uma investigação séria e sistemática neste campo.

Falta portanto ainda muito que fazer, no que respeito à abordagem da saúde dos imigrantes em Portugal, e às atitudes face à MGF quer por parte dos próprios imigrantes, quer também por parte dos técnicos de saúde, investigadores e legisladores. Sabemos contudo que esse caminho só será eficaz se houver uma verdadeira vontade de trabalho em parceria entre as diversas instituições onde, desde logo, se incluem quer as universidades e centros de saúde, quer as autarquias e os representantes dos imigrantes através das suas associações, quer ainda as IPSS's e ONG's, como referimos anteriormente. É também importante não esquecer que para que as parcerias e projectos resultem, não basta a boa vontade e dedicação dos intervenientes, mas principalmente, os apoios políticos e financeiros por parte do poder central e local.

#### **Referências Bibliográficas:**

- Auge, Marc, 2005, *Não Lugares. Introdução a uma Antropologia da Sobremodernidade*, Lisboa, 90º (ed.).
- Barreto, António (et. all), 2005, *Globalização e Migrações*. Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.
- Carmo, Hermano (et. all), 1996, *Exclusão Social, Rotas de Intervenção*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa, ISCSP.
- Cabral, Manuel Villaverde e Pais, José Machado (et all), 2003, *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo*. Lisboa, Celta.
- Escobar, Rocio Gil Martínez de, 2006, *Fronteras de Pertenencia, Hacia la Construcción del Bienestar y del Desarrollo Comunitário Transnacional*. México, Universidade Autónoma Metropolitana.



- Frade, Alice (Coordenação), 2005, *Desafios à Saúde Sexual e Reprodutiva e Compromissos com o Desenvolvimento*, Lisboa, APF.
- Gonçalves, Yasmina, 2005, *Mutilação Genital Feminina*, Lisboa, Associação Para o Planeamento da Família (APF).
- Khadiyatoulab, Fall, 1998, *Champ Multiculturel, Transactions Interculturelles*, Paris, L'Harmattan.
- Koita, Khady, 2005, *Mutilada*, Lisboa, ASA.
- Malheiros, Jorge Macaísta, 1996, *Imigrantes na Região de Lisboa, os Anos da Mudança*, Lisboa, Edições Colibri.
- *Plano Nacional de Saúde*, 2004, Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde.
- Ruivo, Fernando, 2000, *Poder local e Exclusão Social*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Vermeulen, Hans, 2001, *Imigração, Integração e a Dimensão Política da Cultura*, Lisboa, Socinova - Ed. Colibri.

Lisboa, 11 de Dezembro de 2006



## **INTERVENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM MULHERES SUJEITAS A MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA (MGF)/ CORTE DOS GENITAIS FEMININOS (CGF)**

**Lisa Ferreira Vicente**

Ginecologista-Obstetra

Maternidade Alfredo da Costa

A Organização Mundial de Saúde coloca Portugal entre os Países em risco no que diz respeito à prática da mutilação genital feminina (MGF).

E em Portugal, que dados temos sobre a situação? Qual a sua prevalência? O que sabem os profissionais de saúde sobre o assunto? Como estão preparados para lidar com estas mulheres? Estas são provavelmente algumas das questões que importa colocar, atendendo ao número crescente de imigrantes residentes no nosso território oriundos de Países onde a MGF é uma prática comum.

Para quem procura dados sobre a situação em Portugal, a informação é esparsa e fragmentada. Por isso mesmo, todos os estudos são um ponto de partida. Partida para a dúvida. E a dúvida é boa quando traz a procura de respostas. Talvez por acreditar nisso, o “número” que mais me impressionou neste estudo foi o de 57% dos profissionais de saúde inquiridos terem respondido “talvez” à pergunta “saberia reconhecer na sua prática clínica uma situação de MGF?”. Admitir que não se está desperto para o problema ou que pode não ser simples reconhecer as alterações físicas numa simples observação, parece-me um ponto de partida realista e sincero.



Quem trabalha na prática clínica reconhece provavelmente o fenómeno: só se encontra aquilo que se procura.

O exame objectivo aprendido nos tempos de faculdade pressupõe que toda a observação é exaustiva e completa. Mas na prática diária os mais realistas admitiriam que isto não é verdade. Vários factores contribuem para isso: a falta de tempo e o excesso de pessoas a atender podem parecer as razões mais imediatas. Mas também, não estar atento para procurar diminui a probabilidade de vir a encontrar. Por isso mesmo, um dos primeiros passos terá de ser a sensibilização dos profissionais de saúde para a miríade de alterações que podem existir nestas situações. Até porque este aspecto é essencial para que possamos conhecer a verdadeira dimensão do problema no nosso País.

Mas a MGF não é apenas uma questão física ou anatómica. Há que saber que esta prática se enquadra num universo sócio-cultural e religioso próprio que modula a forma como a mulher vive, pensa e sente.

No questionário, 81% dos profissionais de saúde inquiridos discordavam que esta prática “demonstrasse que as famílias se preocupavam com as suas filhas”; 20% não encontravam qualquer justificação para a realização desta prática.

E aqui gostaria de levar uma outra questão. É essencial para estabelecer uma relação de proximidade a estas mulheres, conhecer a realidade na qual a MGF se inscreve.

Sem isso, parece-me impossível saber ouvir as suas preocupações. Sem isso, não é possível estabelecer quais as intervenções mais adequadas e eficientes na comunidade. Sem isso, estaremos apenas a projectar as nossas representações numa questão que tornamos “marginal” à custa da incompreensão.



Ao abordar o tema para profissionais de saúde parece-me importante trabalhar aspectos muito concretos:

1. Sensibilizar para saber procurar;
2. Dar a conhecer como agir perante a situação;
3. Estimular a intervenção na comunidade;
4. Fomentar a formação específica para profissionais de saúde.

#### **1. Saber procurar**

- A MGF é praticada em vários Países Africanos e Asiáticos. O País de origem, o grupo étnico ou religioso não definem por si só se uma mulher apresenta ou está em risco de uma MGF. Contudo, o profissional deverá estar mais atento na observação de mulheres oriundas de zonas em que esta prática é uma possibilidade.
- A mulher pode escolher abordar a situação, procurando ajuda para a resolução de algum problema. Porém, a experiência colhida em outros Países revela que a maioria opta por ocultar o facto. Para isto pode contribuir a sensação de incompreensão por um procedimento reconhecido como estranho ou “anormal”. Daí a importância dos profissionais conhecerem a realidade que justifica a MGF nas várias comunidades. A empatia na ligação a estas mulheres só pode ser sedimentada na compreensão pela realidade cultural em que ela está inserida. A crítica, mesmo que velada, atinge e afasta a mulher. Pode impedi-la de expor com naturalidade as suas dificuldades e as suas dúvidas.



É importante não esquecer que muitas delas vivem entre duas culturas: as representações e crenças originárias (que justificaram a MGF) em choque com toda a informação que é veiculada nos Países onde vivem e que atribui às primeiras um significado “arcaico” e/ou inadmissível.

- Tal como se apresenta em quadros anexos, as alterações anatómicas que se encontram podem ser muito variadas. A excisão parcial ou total do clítoris, pequenos lábios ou mesmo dos grandes lábios, podem provocar distorção da vulva em graus muito diferentes. Algumas poderão passar despercebidas se a observação não for atenta. Estar sensibilizado para esta situação pode ser a única forma de as diagnosticar. Mas as alterações podem ser evidentes e provocar sintomatologia. Podem existir áreas de fibrose e retracção, quistos de retenção (provocados pela invaginação do epitélio durante o processo de cicatrização) ou um orifício vaginal estreito e fibrótico (na infibulação).

As áreas fibrosas são pouco distensíveis e podem surgir lesões ou infecções secundárias ao traumatismo durante as relações sexuais ou o parto. As alterações anatómicas podem condicionar obstrução durante a micção, tornando as infecções urinárias mais frequentes. Pode também acontecer que durante a circuncisão a lesão da uretra provoque incontinência urinária. Se o orifício vaginal for muito reduzido pode até existir obstáculo ao fluxo menstrual, o que pode levar a hematocolpos (retenção do sangue menstrual na vagina) ou a dores significativas durante a menstruação.

O clítoris é um órgão extremamente sensível, recoberto de terminações nervosas.



A sua excisão ou fibrose altera a sensibilidade durante o relacionamento sexual, apesar de algumas mulheres circuncidadas poderem ter prazer/satisfação com as relações sexuais. O estreitamento vulvar ou a presença de tecido cicatricial pouco distensível pode condicionar dispareunia ou lacerações secundárias à penetração.

Como se pode entender, a conduta nestas situações deve ser individualizada segundo as alterações encontradas e as queixas que a mulher refere, respeitando sempre a sua vontade quanto ao melhor procedimento para correcção do problema.

Quadro 1: Definição e classificação da MGF.

Quadro 2: Guia para a observação ginecológica na mulher com MGF.

Quadro 3: Alterações uro-ginecológicas mais frequentes na mulher com MGF.

## **2. Como agir**

Num estudo levado a cabo pela organização FORWARD em Manchester (1999) com mulheres sujeitas a MGF, 47% delas referiam que o procedimento não as tinha afectado; as restantes referiam alterações ginecológicas, sexuais, depressão e problemas relacionais que imputavam ao procedimento. 27% achava que o procedimento deveria ser mantido como parte da sua identidade cultural e estariam dispostas a que as suas filhas fossem circuncidadas.

Num segundo estudo realizado pela mesma organização em Birmingham (2001) em 4 comunidades africanas – Somali, Etíope, Sudanesa e da Eritreia – 48% das mulheres inquiridas tinham sido infibuladas. 58% gostariam de reverter cirurgicamente o procedimento, 32% não desejava ser sujeita a reversão.



Quase 70% das mulheres referiam que a MGF as tinha tornado uma mulher melhor, na sua maioria porque consideravam ter seguido os procedimentos da tradição ou da sua religião.

A apresentação destes dados serve para introduzir à reflexão ideias que podem ser importantes para quem trabalha junto destas mulheres:

- O procedimento enquadra-se numa realidade cultural e/ou religiosa da qual a mulher faz parte. Algumas mulheres não se sentem “vitimizadas”, por isso tratá-las como tal pode simplesmente encerrar toda a possibilidade de diálogo.
- Nem todas as mulheres admitem consequências graves provocadas pelo procedimento. Ou podem, numa abordagem mais superficial optar por ocultar a questão. É importante estabelecer uma relação sem preconceitos ou ideias pré-estabelecidas evitando projectar na mulher que se tem na frente a nossa imagem do que é ser uma mulher com uma mutilação genital.
- Algumas mulheres continuam a aceitar o procedimento e a transmiti-lo às suas filhas. Nestas situações os profissionais de saúde podem usar a oportunidade para esclarecer sobre as consequências do procedimento na saúde sexual e reprodutiva. As comunidades mais informadas sobre as consequências negativas da MGF na saúde, tendem a diminuir a sua prática nas gerações futuras.
- Várias mulheres desejariam proceder à correcção das alterações anatómicas.
- Estão descritas algumas técnicas para este efeito. À medida que for mais frequente o reconhecimento das situações de MGF, tornar-se-á importante vocacionar centros ou serviços de saúde com capacidade para o fazer.



Por tudo isto, compreende-se que a abordagem destas mulheres deve ser individualizada e dirigida às necessidades e preocupações que a própria exprime. Não é possível estabelecer um protocolo de actuação que se adapte a todas as mulheres.

É importante saber que a maioria destas mulheres não reconhece ou não gosta do termo mutilação genital feminina, preferindo a expressão circuncisão.

A utilização da expressão “mutilação genital feminina” directamente com as mulheres pode ser negativa; afectando o estabelecimento de uma relação de confiança entre a mulher e o profissional de saúde. Este cuidado é recordado por várias organizações que trabalham em comunidades em que é frequente a prática da MGF. Não esquecer, além disso que, diferentes etnias utilizam expressões próprias, que os profissionais de saúde se devem empenhar em conhecer, para melhor se fazerem entender.

Nas mulheres com dificuldade em entender Português é importante recorrer a uma intérprete. Contudo, é essencial atender que a mulher poderá estar constrangida se a pessoa escolhida for um familiar ou membro da comunidade na presença do qual a mulher não se sente à vontade para abordar questões da sua intimidade.

A grávida com MGF que apresente distorção vulvar ou obstrução vaginal significativa deve ser referenciada cedo durante a gestação para uma consulta obstétrica hospitalar.

Nas infibulações está aconselhada a de-infibulação antes do momento do parto. A melhor altura poderá ser durante o 2º trimestre, sob anestesia local ou loco-regional.



Quando o diagnóstico é feito apenas na altura do parto, deverá optar-se por realizar a de-infibulação no 2º estadio do parto, com a apresentação descida.

Nas mulheres MGF tipo I e II (da classificação da OMS), sem complicações não são necessários cuidados específicos durante a gravidez.

### **3. Como intervir**

O papel dos profissionais de saúde não se esgota na prática clínica, nem se limita aos serviços de saúde onde trabalham. São cada vez mais os profissionais que sentem a necessidade de participar activamente na promoção de saúde na comunidade. Este é, sem dúvida, um tema em que a intervenção comunitária é essencial. Dando a conhecer as complicações que esta prática acarreta na saúde da mulher e fomentando a criação de soluções alternativas no seio da comunidade para os rituais. As melhores intervenções serão as que fomentarem uma mudança de atitude (social e individual) face à sexualidade e ao papel da mulher na sociedade. Não esquecendo que os homens constituem um elo essencial nesta mudança de comportamento, é importante inclui-los nas acções a promover.

### **4. Formação específica de profissionais de saúde**

Será necessário criar acções de formação específica para este tema especialmente dirigidas a profissionais de saúde.

Estas formações terão de englobar os aspectos do reconhecimento e conduta perante a MGF, assim como a aprendizagem e treino de procedimentos de correcção.

Gostaria de deixar como mensagem que os profissionais que já se sintam sensibilizados para esta questão, podem e devem, constituir focos de estímulo à formação dos seus pares.



**Quadro 1 – Definição e Classificação das Mutilações Genitais Femininas**

<p>Definição: todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou que provocam lesões nos mesmos, tendo por base razões culturais ou fins não terapêuticos.</p> <p>Classificação: está em curso uma revisão da classificação da OMS de 1997. Trata-se de um trabalho conjunto da OMS/UNICEF/UNFPA/UNIFEM e que passa a incluir mais um tipo de MGF (tipo V). In Innocenti Digest UNICEF 2005</p>	
Tipo I	<p>Clitoridectomia- existe a remoção da pele que cobre o clítoris ou remoção parcial ou total do clítoris.</p> <p>Termos utilizados para descrever este tipo de corte genital são: circuncisão, sunna e clitoridectomia.</p>
Tipo II	<p>Excisão - consiste na remoção total do clítoris com remoção parcial ou total do lábio menor.</p> <p>Termos utilizados para descrever este tipo de corte genital são: clitoridectomia, excisão, circuncisão e sunna.</p>
Tipo III	<p>Infibulação – Existe a remoção do clítoris, lábio menor e parte dos grandes lábios, de seguida são unidos os dois lados da vagina ficando apenas uma pequena abertura para a saída da urina e do fluxo menstrual.</p> <p>Termos utilizados para descrever este tipo de corte genital são: Infibulação, circuncisão faraónica e circuncisão somália.</p>
Tipo IV	<p>Procedimentos que incluem:</p> <p>Piercing ou incisão do clítoris ou lábios;</p> <p>Alongamento do clítoris ou lábios;</p> <p>Cauterização por queimadura do clítoris e tecidos circundantes;</p> <p>Cortes dos tecidos circundantes do orifício vaginal (corte angurya); ou corte da vagina (corte gishiri);</p> <p>Utilização de substância, objectos e plantas para queimar ou perfurar os órgãos genitais;</p>
Tipo V	<p>Práticas simbólicas que incluam cortes do clítoris com o objectivo de derramar algumas gotas de sangue.</p>



**Quadro 2. Observação ginecológica em mulheres com MGF.**

1. Devem ser sistematicamente observados
  - prepúcio do clítoris
  - clítoris
  - uretra
  - pequenos lábios
  - grandes lábios

procurando identificar se as estruturas estão presentes, se existem úlceras, áreas de fibrose, estenose e/ou distorção. Não esquecer que a excisão das estruturas anatômicas pode ser total ou parcial.

2. No toque vaginal devem ser procurados pontos dolorosos, áreas de estenose ou distorção. Na infibulação é importante verificar se existe obstrução ao fluxo urinário.
3. Nas situações em que existe uma grande estenose do orifício vaginal, o toque vaginal deve ser realizado apenas com um dedo e devem ser introduzidos espéculos de pequeno calibre. A observação do colo e a realização de colpocitologia pode ser difícil em algumas situações.
4. A incontinência urinária pode ser testada, durante o exame, pedindo à mulher que execute uma manobra de Valsalva (por exemplo tossindo).



**Quadro 3. Alterações uro-ginecológicas mais frequentes na mulher com MGF.**

Alterações ginecológicas	Apresentação	Conduta
Quistos sebáceos ou de inclusão (quistos dermoides)	Podem formar-se pela invaginação da pele durante a cicatrização ou pela obstrução de um ducto das glândulas sebáceas. Podem provocar dor, sensação de pressão ou aumentarem progressivamente de volume.	Os quistos de grande dimensão ou infectados devem ser excisados ou marsupializados sob anestesia. Os quistos de pequena dimensão, não infectados e que não provocam mal-estar podem ser deixados ou removidos sob anestesia local ou regional de acordo com o desejo da mulher.
Quelóide	Tecido cicatricial hipertrófico. Pode provocar dispareunia, sensação de pressão ou obstrução às relações sexuais e ao parto.	Existem actualmente intervenções específicas da medicina plástica que podem incluir a excisão, aplicação de corticóides tópicos, silicone, pressoterapia e a utilização de agentes físicos locais.
Úlcera	Áreas de solução de continuidade da pele ou mucosa. Podem surgir recorrentemente por traumatismo durante o relacionamento sexual. Para além de dor podem estar associadas a hemorragia.	Medidas de cicatrização local. Quando estão associadas a estenose significativa, ponderar de-infibulação parcial ou total.
Neurinoma	Deve-se ao encarceramento do nervo clitoriano no tecido da cicatriz. Provoca disestesia ou dor aguda/cortante despertada pelo toque (durante as relações sexuais e ao vestir roupa justa por exemplo).	Aconselhar usar roupa que não provoque compressão e a utilização de creme/gel com anestésico local em situações pontuais. Nas situações de dor severa, deve proceder-se a excisão cirúrgica do neurinoma.
Dismenorreia	Dor associada à menstruação.	Deve ser excluída outra patologia como causa da dismenorreia. Usar analgésicos para a dor.
Obstrução vaginal	Pode provocar dispareunia, dor pélvica ou lombar baixa. Nas situações mais graves podem existir hematocolpos ou hematoma para vaginal por obstrução ao fluxo menstrual. Estão descritos a formação de cálculos justa-uretrais associados à obstrução da uretra na infibulação.	Poderá ser realizada uma incisão ou dilatação para libertação da obstrução ou da fibrose.
Alterações urinárias	A circuncisão pode provocar tanto retenção urinária como incontinência urinária de esforço: as cicatrizes, a infecção e a presença de quistos podem obstruir ou enfraquecer o meato urinário.	A urocultura permite diagnosticar ou excluir uma infecção urinária. As obstruções ao fluxo urinário devem ser removidas. A incontinência urinária deve ser referenciada a um centro especializado.
Infecções vaginais	É necessário inspeccionar a vulva cuidadosamente procurando se existem alterações (obstrução, estenose) que predisponham à infecção recorrente.	As alterações que constituem factor predisponente a infecções recorrentes devem ser removidas. Nas infecções agudas a realização de culturas poderá orientar o diagnóstico.

Adaptado de "Caring for women with circumcision. Fact sheet for physicians" Female Genital Mutilation: A call for global action. N. Toubia. RAINBO, 1995



#### Referências:

- "Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting". Innocenti Digest. United Nations Children's Fund (UNICEF). 2005.
- "Female genital mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement." WHO/UNFPA/UNICEF (1997) WHO, Geneva
- Gonçalves, Yasmina (2005) "Mutilação Genital Feminina". APF. Lisboa.
- Mwangi-Powell, F (1999) "The Switch project". FORWARD, London.
- Mwangi-Powell, F (2001) "FGM: a case Study in Birmingham" FORWARD, London.
- Toubia, N. "Female Genital Mutilation: a call for global action" (1995) RAINBO.
- **www.rainbo.org**. A organização RAINBO tem excelente informação sobre vários aspectos da MGF. Tem disponíveis manuais para profissionais de saúde e utentes.
- **www.forward**. Organização que dispõe na sua página de muita informação incluindo ficheiros de conduta para profissionais.
- **<http://www.perso.orange.fr/associationgams/pages/presgams.html>** página do "Groupe Femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles"- GAMS.
- **[http://www.rwh.org.au/fgm/guidelines/?doc\\_id=9330](http://www.rwh.org.au/fgm/guidelines/?doc_id=9330)** página do Royal Women's Hospital (australia) com excelentes imagens sobre os vários tipos de mutilações, técnica de de-infibulação e conduta no parto.



## O MEU CORPO É UM JARDIM E A MINHA VONTADE O SEU JARDINEIRO<sup>16</sup>

**Nuno Ambrósio Lopes**

Médico de Saúde Pública

A Mutilação Genital Feminina (MGF) consiste na remoção total ou parcial dos órgãos genitais femininos externos e noutras lesões dos genitais que provocam alterações anatómicas, tendo por base a tradição, razões culturais e eventuais aspectos de carácter religioso.

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 140 milhões de mulheres e crianças tenham sido submetidas a esta prática e cerca de 2 milhões se encontrem em risco de serem circuncisadas. A MGF é prevalente em 28 países africanos; por conseguinte, muitas das mulheres de comunidades migrantes residentes em Portugal poderão ser submetidas a esta prática e muitas terão sido já mutiladas no país de origem, sendo necessário que se tomem medidas especiais, para reduzir a magnitude do problema, mobilizando todo um conjunto de cuidados de saúde que fazem parte dos diversos níveis de prevenção.

Medidas de **prevenção primordial** (visam evitar o aparecimento de estilos de vida sociais, económicos e culturais que contribuem para a MGF):

---

<sup>16</sup> Our bodies are our gardens to which our wills are gardeners (William Shakespeare).



- Políticas de saúde sustentáveis para desencorajar a MGF, de um modo específico.
- Políticas de inclusão social, de um modo geral, reforçando os factores protectores epidemiologicamente comprovados como associados à prevenção e redução da MGF e combatendo os factores de risco socioeconómicos correlacionados<sup>17</sup>.

Medidas de **prevenção primária** (visam reduzir a incidência da MGF):

- Medidas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, de um modo geral, incluindo acções de educação para a saúde - promovendo e garantindo a acessibilidade ao aconselhamento individual em contexto de consulta de medicina familiar e o acesso a sessões de educação para a saúde com grupos de mulheres em risco, promovidas pelos serviços de saúde pública em contexto de intervenção comunitária. Estas acções devem caracterizar-se por uma abordagem intercultural da saúde sexual e reprodutiva e privilegiar a promoção de competências pessoais e sociais;
- Acções de formação para profissionais de saúde sobre a MGF, que incluam a formação pré-graduada, promovendo uma maior sensibilização e intervenção dos mesmos;
- Debates nos meios de comunicação social para reflexão sobre a realidade da MGF e a sua relação com a saúde pública (no âmbito da saúde mental e da saúde sexual e reprodutiva), envolvendo investigadores, instituições e toda a sociedade;

---

<sup>17</sup> Na senda do Plano Nacional de Acção para a Inclusão 2006-2008, que visa combater a pobreza e a exclusão social, assegurando direitos básicos de cidadania e ultrapassando as discriminações a que são sujeitas as mulheres imigrantes; com efeito, os determinantes socioeconómicos estruturam outros determinantes da MGF, nomeadamente os do ambiente psicossocial, os comportamentais e os ligados aos estilos de vida e aos serviços de saúde.



- Campanhas publicitárias nos meios de comunicação social que promovam o respeito pelos direitos humanos e pelos direitos sexuais e reprodutivos;
- Realização de estudos epidemiológicos, envolvendo serviços, profissionais de saúde e a comunidade, que investiguem continuamente: os padrões de ocorrência e distribuição da MGF na comunidade; os padrões de prestação de cuidados; e os factores determinantes que explicam a frequência elevada de MGF nestes grupos de mulheres e nos bairros onde residem.

Medidas de **prevenção secundária** (visam reduzir a prevalência da MGF):

- Diagnóstico precoce e tratamento imediato, designadamente cirurgias que minimizem, dentro do possível, o carácter de irreversibilidade da circuncisão;
- Elaboração de protocolo de acompanhamento clínico dos aspectos físicos e das consequências psicológicas, prevendo a colaboração entre serviços e prestadores dos diversos níveis de cuidados de saúde;
- Criação de um manual de boas práticas para os profissionais de saúde.

Medidas de **prevenção terciária** (visam evitar ou reduzir as complicações, incluindo as sequelas e incapacidades):

- Medidas para reduzir ou eliminar as insuficiências e incapacidades resultantes da MGF, reduzir o sofrimento e a ansiedade decorrentes, e promover o ajustamento deste grupo de mulheres às consequências que já não se puderam evitar (reabilitação e reinserção social);



- Reforço da acção comunitária, especificamente centrada na MGF, com criação de grupos de auto-ajuda e de redes de suporte social (participação informada e empoderamento), de acordo com o espírito da Carta de Ottawa, valorizando e protegendo os aspectos etno-culturais dos estilos de vida destas mulheres, mas sem as encerrar numa identidade cultural imutável e fixa.

Estes cuidados exigem o planeamento e a implementação de um programa de saúde específico, nacional, de erradicação da MGF e de projectos locais de intervenção comunitária, num trabalho em parceria pluriprofissional, multidisciplinar, intersectorial e interinstitucional, com a participação activa das mulheres imigrantes e sediado nos bairros onde se concentram maioritariamente.

Como diz Michel Foucault, “se o sexo traz consigo tantos perigos, foi por ter estado durante muito tempo reduzido ao silêncio”. René Dubos define saúde como “um *modus vivendi* que permite a homens imperfeitos conseguir e prosseguir uma existência compensadora e não muito sofredora, enquanto interactuam com um mundo imperfeito”. Para que o mundo e a saúde da mulher se aperfeiçoem cada vez mais, há que lutar contra o silêncio e apostar intensamente na educação para a saúde sexual e reprodutiva. Para que a vontade da mulher seja, de uma vez por todas, o único e exclusivo jardineiro do seu corpo.



## **MUTILAÇÃO GENITAL OLHOS QUE NÃO VEÊM...**

### **Catarina Portilheiro**

Enfermeira Especialista do Centro de Saúde da Venda Nova

- Projecto de Intervenção Especial em Saúde Materna, Infantil e Planeamento Familiar nos Bairros 6 de Maio, Fontainhas e Estrela d' África, do Concelho da Amadora

### **O Ruído dos Centros de Saúde**

Quando era jovem e estudante, lá pelos 11 ou 12 anos lembro-me de aprender a temática da comunicação. Dizia-se que um dos factores que poderia interferir na comunicação entre o emissor e o receptor era o ruído. Ora foi este mesmo ruído que me veio à memória quando comecei a pensar sobre o local onde trabalho, o contexto onde atendo as mulheres na área da saúde reprodutiva.

Temos um gabinete apetrechado de folhetos da APF<sup>18</sup>, da DGS<sup>19</sup> e outras organizações que tocam temas tais como a gravidez, contraceção, VIH/SIDA, violência doméstica, entre outros, e também com uns cartazes engraçados sobre o aleitamento materno, mais umas imagens dos aparelhos reprodutores feminino e masculino... Tanta mensagem! Mas não acaba aqui.

---

<sup>18</sup> Associação para o Planeamento da Família

<sup>19</sup> Direcção Geral da Saúde



Quando recebemos uma imigrante, que mal fala português, e que vem pedir ajuda, seja no contexto de uma gravidez, seja por planeamento familiar ou outros motivos, *esmiiframo-nos* por tentar perceber quantos copos de leite bebe por dia, se come de 3 em 3 horas e se besunta a barriga com cremes. Utilizamos imagens, pedimos a familiares para traduzir, falamos em francês ou inglês, para responder às dúvidas que nos coloca.

Mas muitas das questões mais importantes, muitos dos medos, muito dos dramas emocionais de cada mulher ficam por falar! Afinal, apesar de tudo, somos desconhecidos!

Por isso, nunca sabemos quantas mulheres contactamos com mutilação genital ou outras «maleitas» difíceis de apresentar. Quem são, onde andam? Como abordamos o tema? Como passamos a barreira emocional do drama que as envolve? As interrogações permanecem, envoltas no ruído das outras informações!

### **A Adequação dos Serviços e das Estratégias de Comunicação**

A realidade dos Cuidados de Saúde Primários está longe de poder beneficiar a escuta das mulheres que são ou foram vítimas de violência. Se pensarmos que estas são imigrantes, sem a sua situação regularizada, altamente dependentes de quem as traz para Portugal e com um elevado grau de desconfiança em relação às instituições, rapidamente percebemos que não é com um atendimento burocratizado, formatado e com tempos rígidos que conseguimos dar espaço e tempo para que este problema seja identificado.

Na nossa acção diária, na Intervenção Comunitária, procuramos criar uma proximidade com os grupos de mulheres em torno da resolução de problemas colectivos, mas as comunidades de imigrantes não são uniformes nas suas práticas e crenças, nem reconhecem esta problemática de forma igual. Para além disso, corremos o risco de expor e envergonhar a mulher, entrando num campo escondido, individual e secreto.



Sendo assim, quais as soluções para ultrapassar o ruído e o silêncio?

Quem poderá fazê-lo e como?

Talvez existam alguns princípios básicos a cumprir:

- o acolhimento da mulher imigrante nos serviços de saúde deve ser feito de modo a que esta tenha um profissional de referência a quem possa recorrer sempre que necessário;
- a inscrição no SNS<sup>20</sup> deverá ser feita de forma não discriminatória evitando fazê-la a um “balcão” com uma fila interminável de pessoas à espera para marcar a consulta ou para pôr a “vinheta”, protestando porque se está a demorar muito;
- qualquer contacto entre a mulher e o Centro de Saúde deve ser uma oportunidade para contribuir para a sua integração e acolhimento.

A acção dos nossos serviços, não podendo aspirar a prevenir a mutilação, tem que seguir uma orientação que previna a discriminação da mulher imigrante, promovendo a confiança mútua, permitindo que a mulher sinta a oportunidade para falar. Acima de tudo, temos de manifestar o respeito que nós e a sociedade temos por ela, o digno acolhimento que merece.

---

<sup>20</sup> Serviço Nacional de Saúde.



## VAMOS DAR VOZ AO SILÊNCIO

**Fernanda Batista**

Enfermeira

Vamos dar voz ao silêncio de milhares de crianças, jovens e mulheres que são violentadas em todo o mundo pela prática de Mutilação Genital Feminina. Não obstante existem tratados, documentos, leis, condenações, onde a mutilação é proibida, no entanto, continuamos a ter conhecimento e diariamente assistimos relatos onde a mesma é praticada.

Este, é um trabalho, feito com o intuito de abordar de forma clara aquilo que é um verdadeiro holocausto para as mulheres.

Como podemos nós, enfermeiras e enfermeiros, numa sociedade multicultural, trabalhar junto das comunidades e tratar de assunto tão delicado?

Como enfermeira tentarei abordá-lo com objectividade e clareza, dando o meu testemunho do que vivi aquando da minha estadia na Guiné-Bissau em 2005.

Como encarar, entender, perceber e de que forma ultrapassar ou reagir perante respostas como estas: ***“Trata-se de uma prática cultural”, “É uma tradição que já vem dos nossos antepassados”, “Desde sempre foi executada”.***

Um país em que a Mutilação Genital Feminina é proibida e onde sistematicamente se assiste ao sequestro de crianças para a execução de Mutilação Genital Feminina mesmo quando as denúncias com provas materiais acontecem; as denúncias ocorrem em manifestações públicas onde pedem a condenação e repúdio do acto ou os tribunais pura e simplesmente arquivam os processos?



Que mundo é este? Senhores que têm o poder decisório...

Pergunto? O que fazer e como?

E nós enfermeiros que temos uma profissão privilegiada porque estamos próximos da comunidade, criando laços de proximidade, cumplicidade e confidencialidade, então teremos um papel activo e preponderante para através de uma educação para a saúde encontrarmos formas de alterar comportamentos bárbaros com consequências graves demais para a saúde das mulheres?

O problema continua a ser tabu e cada vez mais difícil de tratar, acreditem que até me falaram em medicalização... É verdade, isso foi-me dito, inclusive por técnicos de saúde.

A situação não é nada fácil para ser tratada, o problema é que não podemos continuar a assistir diariamente a notícias reais vividas através dos órgãos de comunicação, denunciando cada vez mais as violações constantes que em todo o mundo as mulheres sofrem. Temos nós, que encontrar formas para que o sofrimento e angústia destas crianças, jovens e mulheres não aconteça, temos de ser firmes, convincentes, direi mesmo muito fortes e persistentes.

É preciso pensar e saber como actuar. Não basta ter uma profissão insubstituível e indispensável na sociedade. É necessário pôr em prática uma enfermagem transcultural, baseada em princípios científicos e humanos.

A integração da cultura nos cuidados de enfermagem, permite aos enfermeiros desenvolver uma prática clínica culturalmente informada, onde as crenças, tradições e mitos sejam inseridos.



A ligação entre cultura e enfermagem é uma reflexão importante para que os seus cuidados sejam cada vez mais congruentes e adequados a cada contexto, em particular, numa formação inicial que aborde a multiculturalidade no cuidar, fazendo alusão à sua importância, e dando conhecimento de diferentes culturas tornando-se assim um elemento facilitador de prestação de cuidados, e implicitamente na educação para a saúde.

O problema é de tal forma delicado que quando da minha estadia na Guiné, e após dois meses de formação na área de saúde, algumas formandas me procuraram, e em secretismo me confidenciaram que elas próprias, bem como suas irmãs, mães e avós, também tinham sido mutiladas. Com relatos impressionantes onde me foi descrito até ao último pormenor a crueldade do acto.

Digo-vos é de arrepiar, direi mesmo impensável que em pleno Século XXI ainda se assistam a holocaustos destes.

O grupo em questão era constituído por jovens, alguns com formação académica a nível superior. Isto serve para demonstrar que é realmente uma situação constrangedora quando a violação dos Direitos Humanos, são ultrajados mesmo fazendo ver a essas pessoas que não podem haver culturas, costumes, hábitos ou tradições que sirvam para justificar tal prática.

As culturas têm o direito de ter seus valores, crenças e práticas respeitadas, mas nunca poderão ser utilizadas para actos condenáveis, tais como Mutilação Genital Feminina.

O nosso trabalho enquanto enfermeiros/educadores de excelência para a saúde coloca-nos numa posição privilegiada, onde os conhecimentos e habilidades proporcionam elementos valiosos, para desenvolver práticas de enfermagem, facilitando o processo de comunicação, e consequentemente ajudar na mudança de atitudes e comportamentos.



Realmente os valores constituem um ingrediente essencial de cultura, a observação, a participação e a reflexão em conjunto leva-nos a descobrir as necessidades que têm de ser trabalhadas de forma a gerir mudança, será esse o nosso principal objectivo.

Temos todos um longo caminho a percorrer, e aqui, digo, não é apenas percorrido pelas mulheres, terá sim de ser percorrido por homens e mulheres.

Os homens, também eles terão que ser educados para que nunca mais frases como as que se seguem, sejam ditas "***as mulheres que não são excisadas não prestam***", "***as mulheres mutiladas não são infiéis aos maridos***", "***é símbolo da nossa identidade***", e outras mais.

Sendo a enfermagem uma profissão vocacionada para o cuidar, e sabendo que é através da cultura que todas as pessoas interagem entre si, como refere Collière (2001), é necessário "conhecer melhor para melhor cuidar". Afinal como podemos nós enfermeiros intervir? É um desafio.

Cada cultura encerra valores e *desvalores*, podemos isso sim contribuir, e muito, para que os *desvalores* sejam realmente apagados – a Mutilação Genital Feminina – é um *desvalor* em qualquer cultura.

A cultura é transmitida inicialmente na família, contudo, esta pode sofrer várias alterações ou modificações associadas às próprias dinâmicas sócio-familiares.

Existem várias causas para que isso aconteça, uma vez que os costumes e hábitos de cada um dizem respeito a um grupo específico num determinado contexto. Em que medida, podemos nós, enfermeiros, influenciar alterações de hábitos e costumes, promovendo assim alterações de atitudes e comportamentos que levem à modificação dos mesmos e ao conhecimento de novos comportamentos?



Também as alterações externas através de fenómenos como as migrações assumem um papel importante no que respeita a alterações de crenças e valores, pelo próprio confronto de ideias, hábitos e costumes inerentes aos diferentes universos culturais.

O desafio do paradigma do cuidar, numa perspectiva de saúde, enquanto necessidade e Direito de Humanidade, é comum ao conjunto das diferentes profissões de saúde e, como tal, exige um verdadeiro trabalho em equipa multidisciplinar, mesmo que promovido pelas enfermeiras e enfermeiros.



## MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

**Conceição Brito Lopes**

Jurista

A Organização Mundial de Saúde define como Mutilação Genital Feminina (MGF) «todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou que provoquem lesões nos mesmos, tendo por base razões culturais ou fins não terapêuticos».

A MGF é uma prática antiga, com raízes sociais e culturais, existente predominantemente entre povos africanos, e anterior ao Islão. Constitui um atentado à integridade física e sexual das pessoas do sexo feminino com consequências graves para a saúde das que sobrevivem, sendo desconhecido o número de crianças e mulheres que morrem devido à mutilação de que são objecto. Esta prática causa danos físicos irreversíveis. Causa igualmente danos morais e psicológicos, nomeadamente pela impossibilidade ou dificuldade de fruição sexual, bem como pelo sofrimento físico da pessoa que foi mutilada e privada do todo ou de parte do seu aparelho genital.

A mutilação genital de crianças do sexo feminino e mulheres não vem especificamente tipificada na lei portuguesa<sup>21</sup>, considerando-se abrangida apenas pelas disposições legais que garantem a inviolabilidade da integridade física.

---

<sup>21</sup> O Projecto de Revisão do Código Penal prevê a inclusão da expressão «ou de fruição sexual» na alínea b) do artigo 144º, referente a ofensa à integridade física grave (Diário da República, 1ª Série, N.º 170, 4 de Setembro de 2007).



A Constituição da República Portuguesa garante o direito à integridade pessoal:

**Artigo 25º** - (Direito à integridade pessoal)

1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável
2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes e desumanos.

A lei penal pune as ofensas à integridade física que sejam consideradas crimes, nos seguintes termos do Código Penal Português:

**Artigo 143º** - (Ofensa à integridade física simples)

1. Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.
2. O procedimento criminal depende de queixa .....
3. ....

**Artigo 144º** - (Ofensa à integridade física grave)

Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a:

- a) Privá-la de importante órgão ou membro, ou desfigurá-la grave e permanentemente;



- b) Tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais ou de procriação, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos e a linguagem;
- c) Provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; ou
- d) Provocar-lhe perigo para a vida é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos.

**Artigo 145º** - (Agravação pelo resultado)

- 1. Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa e vier a produzir-lhe a morte é punido:
  - a) Com pena de prisão de 1 a 5 anos no caso do artigo 143º;
  - b) Com pena de prisão de 3 a 12 anos no caso do artigo 144º;
- 2. Quem praticar as ofensas previstas no artigo 143º e vier a produzir as ofensas previstas no artigo 144º é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.

A lei penal prevê também circunstâncias que possam agravar ou atenuar a pena aplicável. No primeiro caso temos as circunstâncias que revelem especial censurabilidade ou perversidade e que vêm referidas no artigo 146º.



Este artigo remete-nos, por sua vez, para o n.º 2 do artigo 132º que nos diz que são susceptíveis de revelar especial censurabilidade ou perversidade, entre outras, as seguintes circunstâncias do agente:

- ser descendente ou ascendente, adoptado ou adoptante, da vítima;  
(alínea a)
- praticar o acto contra pessoa particularmente indefesa, em razão da idade, deficiência, doença ou gravidez; (alínea b)
- praticar o facto juntamente com, pelo menos, mais duas pessoas ou utilizar meio particularmente perigoso ou que se traduza na prática de crime de perigo comum; (alínea g)
- agir com frieza de ânimo, com reflexão sobre os meios empregados.....  
(alínea i)

A lei penal prevê igualmente que a pena aplicável à ofensa e à integridade física seja especialmente atenuada (artigo 147º) se o agente estiver dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral que diminua sensivelmente a sua culpa (artigo 133º).

**O artigo 149º**, sob a epígrafe (Consentimento) diz o seguinte:

1. Para efeito de consentimento a integridade física considera-se livremente disponível.



2. Para decidir se a ofensa ao corpo ou à saúde contraria os bons costumes tomam-se em conta, nomeadamente, os motivos e fins do agente ou do ofendido, bem como os meios empregados e a amplitude previsível da ofensa.

Mas sobre a prestação do consentimento o Código Penal tem mais a dizer:

**Artigo 38º - (Consentimento)**

1. Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes.
2. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.
3. O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais que 14<sup>22</sup> anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.
4. ....

---

<sup>22</sup> Esta disposição será alterada após a revisão do Código Penal, em curso, para 16 anos.



De acordo com a lei civil, os menores de 18 anos, salvo disposição em contrário, carecem de capacidade para o exercício de direitos, sendo essa incapacidade suprida pelo poder paternal ou pela tutela (artigos 123º e 124º do Código civil). Assim, os detentores do poder paternal ou os tutores representam os menores em todas as decisões que estes não possam só por si tomar.

**Nestas circunstâncias, como classificar juridicamente, face à lei nacional, a prática de mutilação genital de pessoas do sexo feminino?**

Para podermos chegar a esta classificação temos primeiro que saber quem sofre esta agressão. As respostas a questões desta natureza foram obtidas no excelente trabalho de Yasmina Gonçalves<sup>23</sup>. Diz a Autora que esta prática é usualmente efectuada em crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos de idade, podendo ser realizada em bebés recém-nascidas quando existe o «receio» de não vir a ser possível mutilar a criança mais tarde devido, entre outras, a alterações de legislação, isto é, à criminalização da prática. Refere igualmente que a mutilação pode ser executada em mulheres adultas<sup>24</sup>.

Para a lei portuguesa as circunstâncias são muito diferentes consoante se trate de uma pessoa maior de idade ou menor.

---

<sup>23</sup> Yasmina Gonçalves, *Mutilação Genital Feminina*, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família, 2005.

<sup>24</sup> *op. cit.*, p. 15



### **Pessoa maior**

Nos termos das disposições legais referidas supra, a mulher maior e capaz pode, aparentemente, decidir-se livremente pela prática de tal acto (MGF), dando o seu consentimento pela forma que a lei prevê, e a pessoa que o execute não estará, aparentemente também, a cometer um ilícito penal.

Será assim realmente face à legislação nacional? Um acto desta natureza não ofenderá os «bons costumes» referidos supra (n.º1, art.º 38.º)?

A lei indica que, para decidir se a ofensa ao corpo ou à saúde ofende os bons costumes, se tomam em conta, nomeadamente, os motivos e fins do agente ou do ofendido, bem como os meios empregados e a amplitude previsível da ofensa (n.º2, artigo 149.º). Sendo do conhecimento geral a amplitude desta ofensa ao corpo das pessoas do sexo feminino, por maioria de razão o será para a pessoa que vai executar a mutilação. Não será, por isso, esta executante, passível da sanção prevista na lei?

### **Pessoa Menor**

Em relação a menores temos que considerar: a) menores com 13 anos ou menos e b) menores com 14 anos ou mais.

- a) Se a menor tem 13 anos ou menos (ou futuramente 15 anos ou menos), não lhe cabe, legalmente, prestar consentimento (n.º1, artigo 149.º) para um acto que integra um grave atentado à sua integridade física. Tal consentimento terá que ser prestado por quem a representa, sejam os detentores do poder paternal sejam os tutores.



E que legitimidade têm estas pessoas para decidirem da amputação, totalmente desnecessária, de parte ou de todos os órgãos genitais de sua filha ou tutelada?

Permitir tal acto configura no mínimo uma ofensa à integridade física grave e qualificada – se não ocorrer a morte -, passível da aplicação de uma pena de prisão de 2 a 10 anos de prisão, agravada de um terço nos seus limites mínimo e máximo.

Os progenitores ou tutores que tenham prestado o consentimento para esta prática são passíveis de punição pela prática deste crime com toda a probabilidade como autores (artigo 26º), tal como os agentes da ofensa – ou, no mínimo, como cúmplices (artigo 27º).

- b) Como já se viu, se a menor tem 14 anos ou mais poderá prestar o consentimento nas circunstâncias previstas no artigo 38º. Em meu entender, e salvo melhor opinião em contrário, as irreversíveis consequências da mutilação são de tal forma graves, que considerar que uma adolescente menor, imatura e ainda influenciável, tem o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance da sua decisão no momento em que presta o consentimento, ou que a sua vontade está esclarecida, ou que é livre de escolher tal solução, traduz uma grave, se não criminosa, negligência. Assim que se apliquem igualmente a estas menores as precauções e protecção exigíveis para as crianças com menos de 14 anos.

Ambas as circunstâncias configuram uma violação grave dos princípios constitucionais contidos no artigo 69º da CRP: «1. As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo de autoridade na família e nas demais instituições».



### **As Comissões de Protecção de Menores e o Ministério Público**

Tem sido referido o papel que as Comissões de Protecção de Menores poderão desempenhar na despistagem destas situações de perigo para as crianças.

A Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, (Lei de Protecção das Crianças e Jovens em Perigo) artigo 2.º, n.º 1, refere que incumbe a estas comissões promover os direitos das crianças e jovens e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento integral. Esta lei impõe, às autoridades administrativas e policiais, bem como às pessoas singulares e colectivas que para tal sejam solicitadas, o dever de colaborar com estas comissões (artigo 13.º).

As comissões trabalham em estreita relação com o Ministério Público, que, nos termos da referida lei, pode exigir aos pais, ao representante legal ou a quem tenha a guarda de facto da criança ou menor os esclarecimentos necessários (n.º 1, artigo 72.º).

O Ministério Público representa as crianças e jovens em perigo, «propondo acções, requerendo providências tutelares cíveis e usando de qualquer meios judiciais necessários à promoção e defesa dos seus direitos e da sua protecção» (n.º 3, artigo 72.º).

O n.º 1 do artigo 3.º desta Lei diz-nos quando é legítima a intervenção para promoção dos direitos e protecção das crianças e jovens em perigo:

1. A intervenção para promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento .....



Será que o Ministério Público e as Comissões de Protecção de Menores se podem manter alheias a esta situação de mutilação de crianças que começa a alastrar perigosamente em Portugal, seja dentro das nossas fronteiras, seja transportando as crianças para outros locais para efectuar esta mutilação?

Portugal é um país de imigração e pretende-se que a nossa sociedade de acolhimento seja multicultural. Mas este multiculturalismo não pode permitir que se cometam ilegalidades ou se realizem arbitraria e impunemente actos que a lei portuguesa considera crimes.

A mutilação não serve qualquer fim terapêutico nem constitui uma prática religiosa<sup>25</sup>. É uma tradição tão «cultural», como era a prática, na Índia, do *suttee* ou *sati*<sup>26</sup> que mandava lançar, viva, a viúva na pira funerária do marido.

Não sendo habitualmente tão radical, a mutilação não deixa de obedecer aos mesmos princípios de negação dos direitos humanos das mulheres, sendo fortemente condenada nos *fora* internacionais de direitos humanos. «A prática da mutilação genital feminina é um atentado aos direitos humanos básicos. Um atentado à vida, à liberdade e à segurança»<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> *op.cit.*, p. 13.

<sup>26</sup> Os Portugueses aboliram esta prática em Goa em 1515, os Britânicos apenas a proibiram em 4 de Dezembro de 1829, sendo esta proibição tornada efectiva em todo o território apenas em 1846, apesar de contestada e eventualmente violada até ao início do século 20.

<sup>27</sup> *op.cit.*, p. 26.



### **Conclusão**

A lei portuguesa não contempla especificamente a mutilação (MGF) de crianças do sexo feminino. As disposições legais sobre ofensa à integridade física grave, mesmo com as agravantes previstas, são inadequadas para este crime desumano que, além de afectar as crianças de uma forma que contraria todas as normas nacionais e internacionais de protecção de crianças, cria e mantém um estado de sofrimento físico e moral que durará até ao fim das suas vidas adultas. Estas crianças virão a transformar-se em mulheres mutiladas que, além de estarem privadas do seu direito a uma sexualidade normal e sã, sofrerão as mais diversas sequelas na sua saúde física e mental, de gravidade variável, que as afectarão toda a vida.

A alteração proposta no Projecto de Revisão do Código Penal apenas contempla uma parte de todo o sofrimento (impossibilidade de fruição sexual) que são obrigadas a sofrer milhões de mulheres adultas toda a vida.

A mutilação de crianças do sexo feminino, para que se transformem em mulheres mutiladas para quem a sexualidade se torna numa fonte de sofrimento, é praticada há séculos e assenta em tradições milenárias de sujeição e opressão das mulheres, apoiadas por leis, pelas religiões, pelos costumes e pela força.

O peso desta tradição, é revelado no comportamento das vítimas, crianças e adultas, de MGF que têm enorme relutância em falar desta prática e das suas funestas consequências, tendo mantido a verdadeira natureza e o sofrimento causado por esta ofensa grave à sua integridade física e moral e aos seus direitos humanos, oculta até há bem pouco tempo.

A MGF tem que ser condenada por aquelas/es que detêm posições de autoridade, sejam governantes, chefes religiosas/os ou entidades judiciais e policiais.



Mas a mera condenação, ainda que formal, do fenómeno não é suficiente: tem que ser acompanhada por uma decisão clara de agir e a tomada de medidas eficazes e apropriadas para evitar efeitos perversos, como é o caso da mutilação de bebés recém-nascidas.

A envolvimento e secretismo da MGF requer múltiplas estratégias de variadas disciplinas trabalhando em conjunto. Requer, sobretudo a mudança de atitude em relação às mulheres e a promoção do respeito pelos seus direitos humanos, tal como estão consagrados na Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, que Portugal assinou e ratificou, e que faz parte do normativo legal português, por força das disposições constitucionais.



## MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E INCLUSÃO SOCIAL

**Catarina Marcelino**

Antropóloga

Técnica Superior Autárquica na área do Género e Cidadania

A mutilação genital feminina é um dos fenómenos sociais mais nefastos para a saúde incluindo a sexual e reprodutiva das mulheres, transformando-se simultaneamente e de forma paradoxal, dentro das fronteiras onde se pratica, num ritual de coesão social com simbolismos fortes que levam à inclusão social das mulheres nestas realidades que atravessam o quotidiano de muitas comunidades africanas.

Um dos desafios a que esta realidade conduz é saber, através do conhecimento da realidade da MGF que tem um duplo significado, prática tradicional nefasta para as raparigas e mulheres e promoção da sua inclusão social, como pode ser erradicada através da substituição por outras formas de inclusão que respeitem os direitos humanos das mulheres e lhes permitam ter autonomia psicológica e económica para que a sociedade as valorize e elas próprias tenham capacidade de quebrar este ciclo de violência, permitindo que as novas gerações não sejam sujeitas a tão grande agressão contra a integridade física e psicológica.

Nas sociedades tradicionais os rituais de passagem são muitíssimo valorizados pelo significado que impõem à própria ordem social. Em qualquer sociedade, a inclusão social, o sentimento de fazer parte do grupo, de ser aceite pelos pares é fundamental para o equilíbrio de cada elemento e da comunidade como um todo.



Neste contexto de inclusão social a MGF é uma prática inserida no domínio do simbólico que, através de um ritual de passagem à idade adulta, transforma as raparigas em mulheres e as capacita para o papel social de mulheres e mães que lhes cabe desempenhar dentro da organização social.

É contra esta ordem social baseada em práticas culturais nefastas, com normas pré-definidas ao longo dos séculos, que é necessário actuar, na defesa dos direitos humanos das mulheres e raparigas, direitos humanos inalienáveis e indivisíveis (Cairo 1994). Mas esta tarefa árdua, já levada a cabo por inúmeras ONG de mulheres e associações de saúde nos países onde a MGF é praticada, obriga à procura de estratégias que permitam às mulheres destas comunidades a afirmação social por outras vias aceites nas comunidades.

A forma mais eficaz de combater este flagelo é através de um investimento sério na autonomia das mulheres e na sua consciencialização dos direitos que têm enquanto seres humanos, através da escolaridade das raparigas, que nestas comunidades é praticamente nula, porque são comunidades onde a divisão sexual dos papéis está definida de forma inflexível e onde o papel da mulher é reprodutivo, não sendo necessárias competências ao nível do conhecimento formal, e o papel do homem é governativo, no sentido que cabe ao último a governação da família, dos bens e do território, onde as mulheres e as filhas se incluem. As sociedades atribuem valor diferente ao comportamento feminino e masculino, sendo as diferenças de género uma das bases de desigualdade entre homens e mulheres nas sociedades tradicionais.

Aliada à desigualdade de género nas relações entre homens e mulheres existe outro factor que se associa, aumentando a dependência das estratégias de inclusão social marcando clara-mente o sucesso ou insucesso da sociabilização, o prestígio.



Para os homens, o prestígio está intimamente ligado no seu plano das representações, depois externalizado para as relações com os outros, a característica como a dominação sobre outros membros da comunidade, entre os quais se incluem as mulheres. Mas também as últimas ganham prestígio social se o seu comportamento for ao encontro das regras estipuladas pela comunidade e neste plano de dualidade face ao elemento masculino a característica como a passividade e a submissão. É também neste contexto de prestígio social para homens e mulheres que devemos avaliar a MGF.

É necessário munir as mulheres de ferramentas que lhes permitam alterar o seu estado de submissas e passivas, tornando-as pessoas activas, conscientes dos seus direitos enquanto tal, economicamente auto suficientes, com prestígio social, permitindo-lhes através desta nova postura face à comunidade, quebrar a tradição.

Por outro lado a promoção da escolaridade e do conhecimento levam também à diminuição da pobreza que é maioritariamente feminina e que também ela promove o conformismo pela necessidade de subsistência. Conjuntamente com a necessidade de se ser aceite pelos pares e pela comunidade, a não existência de alternativa para sobreviver, para alimentar os filhos, para ter um tecto, mesmo à custa de muito sofrimento e violência, leva as mulheres a aceita-rem o seu destino e a reproduzi-lo pelas novas gerações.

Este empoderamento das mulheres através de novos mecanismos de inclusão social é fundamental para terminar com esta expressão de violência, inaceitável do ponto de vista dos direitos humanos. A acção tem de passar obrigatoriamente por uma estratégia concertada, com vários aspectos a serem considerados, que implique seriamente os governos dos países onde a MGF se pratica e as ONG que estão no terreno e que acompanham de forma próxima as mulheres e as raparigas.



Até à década de 80 do século XX a violência contra as mulheres era marginalizada quando se tratava de direitos humanos e o activismo dos movimentos de mulheres em todo o mundo levaram a que em 1993 as Nações Unidas reagissem através da aprovação pela Assembleia Geral da declaração de Eliminação da Violência Contra as Mulheres e da nomeação no ano seguinte de uma relatora especial para esta área. A MGF é uma prática de violência contra as mulheres, reconhecida pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial de Saúde, cujo objectivo é a afirmação do poder com base no género indo contra a auto determinação social e sexual das mulheres.

É neste contexto dos direitos das mulheres que a questão deve ser analisada e é num contexto de estados membros das Nações Unidas, com compromissos firmados no respeito pelos direitos humanos que o assunto tem de ser tratado. Não é igual um estado que tem uma pratica tradicional nefasta como a MGF, mas que aposta numa estratégia de escolarização das raparigas, que aposta na reconversão profissional das mulheres que são as autoras da mutilação, que aposta na punição dos infractores que insistem em prosseguir o ritual, a um estado que promete a reconversão das “mulheres das facas” mas depois não cumpre o prometido, que não se interessa pela escolaridade das raparigas, que fecha os olhos à prática de MGF mesmo sabendo onde e quando se pratica.

A única maneira de quebrar o ciclo, de proteger as mulheres deste acto de violência extrema, protegendo-as simultaneamente da exclusão social já que as mulheres destas comunidades que não são genitalmente mutiladas perdem a mais-valia social e são postas à margem, é promover o conhecimento, é promover a escolaridade, é promover o empreendedorismo, é promover os conceitos básicos sobre saúde e sobre sexualidade, é permitir a estas mulheres que, através da afirmação do conhecimento e da sua mais-valia social por meios que não os sexuais e reprodutivos (através de profissões como professoras, médicas ou comerciantes) ganhem prestígio nas suas comunidades e conduzam a sua vida quebrando o ciclo da violência da MGF.



Uma perspectiva de direitos humanos obriga a que governos, autoridades locais e outras organizações com influência, previnam, investiguem e castiguem os agressores e responsáveis pela violência contra as mulheres. É ainda fundamental que a comunidade internacional partilhe esta responsabilidade para a protecção dos direitos humanos contribuindo de forma efectiva para a erradicação da pobreza, a promoção da inclusão social por via da formação e da educação, e a punição da violência de género, nomeadamente da MGF, tornando o mundo num local mais seguro para as mulheres e raparigas.

#### **Bibliografia:**

- BRANCO, Sofia, "Cortar a dor. Deixar as facas" in *Jornal Público*, 16 de Novembro de 2003.
- COOMARARASWAMY, R., (1995) "Some Reflections on Violence Against Women" in *Canadian Women Studies. Les Cahiers de la Femme*, Vo.15, York University Publication.
- FORWARD – Foundation for Women's Health, Research & Development, (2002) *Female genital Mutilation: Information Pack*.
- GONÇALVES, Yasmina, (2005), *Estudo da Mutilação Genital Feminina*, Associação para o Planeamento da Família.
- TURNER, Victor W., (1974) *O Processo Ritual*, Editora Vozes.
- WHITEHEAD, Harriet, ORTENER, Sherry, (1981), *Sexual Meanings. The cultural construction of gender and sexuality*, Cambridge University Press.



## **CORTE DOS GENITAIS FEMININOS – POSSÍVEIS ABORDAGENS NO TERRENO**

**Carla Martingo**

Mestre em Relações Interculturais

O corte dos genitais femininos, seja sob a designação de excisão ou de mutilação genital feminina, é um fenómeno ainda pouco estudado em Portugal, desconhecendo-se a sua verdadeira prática. Apesar da ausência de dados, esta prática mereceu destaque no II Plano Nacional Contra a Violência 2003-2006, integrado no ponto 6 referente às mulheres migrantes, e no III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género 2007-2010, CIG/PCM.

São várias as designações empregues para designar os vários procedimentos que envolvem a remoção, parcial ou total, dos órgãos genitais das mulheres por outras razões que não terapêuticas. A OMS, UNICEF e UNFPA, em declaração conjunta de 1997, adoptaram o termo “mutilação genital feminina”, dando assim voz aos movimentos de defesa dos direitos humanos e feministas, segundo os quais o emprego da terminologia “circuncisão feminina” não reflectia a gravidade da prática. São, ainda, usados outros termos tendo em conta a posição defendida por quem os adopta: circuncisão feminina, excisão, corte dos genitais femininos, *sunna*, operação, cirurgia genital feminina, clitoridectomia, prática tradicional e *fanado*.

Podemos situar, num mesmo patamar, as expressões circuncisão feminina, operação e prática tradicional, como sendo a versão feminina da circuncisão masculina, independentemente das diferenças que existem entre ambas.



Os muçulmanos que observam esta prática referem-se a ela como *sunna*, ou, então, empregam os termos autóctones, como *fanadu* no crioulo da Guiné-Bissau, *ñyaka* em mandinga e *gudniin gadbahaada* em somalí.

O emprego do termo clitoridectomia refere-se à remoção parcial ou total do clítoris, enquanto cirurgia genital feminina tem implícita a aceitação que esta prática seja feita por profissionais de saúde, em unidades de saúde.

Esta questão da terminologia utilizada vai ser de extrema importância para quem trabalha com as comunidades onde há registo desta prática, sendo que a postura a privilegiar deverá ser a abertura ao Outro, independentemente dos valores que cada um defende e promove. Ciente desta necessidade, o UNFPA muito embora tenha concordado em 1997 com o termo “mutilação genital feminina”, adoptou posteriormente, fruto do trabalho desenvolvido nos mais variados contextos étnicos e culturais, a expressão “corte dos genitais femininos”. Esta mudança de atitude permite a esta Agência Internacional trabalhar com as mais diversas comunidades, de uma forma holística, tendo em conta os contextos cultural, saúde, direitos humanos e convicções religiosas.

Se, em termos de opinião pública o termo corte dos genitais femininos nos parece a designação mais adequada para esta prática, no trabalho a desenvolver no terreno e para que não haja obstáculos na comunicação, deverá ser tido em conta o termo empregue pela comunidade visada.

Se considerarmos o caso das etnias islamizadas guineenses, as mais associadas a esta prática, empregar-se-á o termo *fanado*. Mas aqui há uma ressalva muito importante a ter em conta: é necessário distinguir o *fanado* pequeno do *fanado* grande, sendo que o primeiro se cinge ao corte propriamente dito e o segundo ao período de iniciação das raparigas.



Quando o corte, ou fanado pequeno, se integra nesse período de aprendizagem dos valores, tradições e costumes de uma dada comunidade, este poderá ter o significado de um rito de passagem.

O corte separa assim dois momentos na vida das raparigas: deixam de ser meninas para serem membros de pleno direito da comunidade, estando assim aptas para casar. A partir desse momento há um conjunto de normas que passam a respeitar como, por exemplo, a proibição de andarem nuas.

Quando realizado fora do fanado grande, o corte terá outro significado, sendo que investigações feitas junto de etnias islamizadas na Guiné-Bissau o situam como um falso preceito religioso, associado ao sentido de limpeza, pureza. Assim, no trabalho com a comunidade e de forma a que a comunicação se faça sem obstáculos e juízos de valor, sugerimos o emprego das expressões “excisão” e “fanado pequeno”.

Esta questão da adequação da linguagem à população-alvo integra as preocupações dos profissionais de saúde que a Associação para o Planeamento da Família envolveu no estudo realizado na zona da Grande Lisboa e publicado em 2005. De referir que este estudo permitiu ter a percepção do nível de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o corte e sobre esta questão em sentido lato, concluindo-se ser necessário investir na sua formação, entre outras questões relevantes para as quais aconselhamos veemente a consulta do mesmo.

A abordagem desta temática, de si tão complexa, tem de ter em conta vários aspectos que fazem dela uma temática tão sensível. Questões como o corpo, a sexualidade, as convicções religiosas, a pertença identitária, tradição, são alguns desses aspectos que se entrecruzam.



O corpo vai desempenhar um papel central enquanto terreno privilegiado de construção de identidade, campo de inscrição de valores, de rituais, de marcas permanentes, reflectindo a cultura da comunidade a que a pessoa pertence. Trabalhar a questão do corpo compreenderá vários aspectos: o que são os padrões de "normalidade"; a função dos órgãos genitais e reprodutores femininos; os padrões de beleza que têm, inerentes eles próprios, nuances culturais.

Trabalhos de investigação realizados em comunidades que praticam o corte mostraram que só quando foram confrontadas com imagens de um corpo feminino inalterado, as mulheres inquiridas se aperceberam que o que é "normal" é ter um corpo não mutilado e não aquele que era, para elas, o padrão de "normalidade".

Trabalhar o corpo passará, assim, por ensinar quais as funções de cada uma das partes que integra o aparelho genital e reprodutor das mulheres, desconstruindo os mitos frequentemente associados à excisão, como a promoção da fertilidade de mulher. O clítoris, cuja conotação negativa leva a que seja removido, deveria, assim, ser alvo de uma "campanha de reabilitação", reafirmando-se a sua importância para a mulher. Passará, também, por trabalhar os ideais estéticos vigentes nas comunidades visadas, o que poderá implicar a emergência de novos ideais nos quais se valorizem órgãos genitais inalterados.

Associada ao corpo encontra-se a questão da sexualidade.

São díspares os testemunhos sobre as repercussões da excisão na resposta sexual feminina, defendendo-se que compromete, mas também que não compromete essa resposta. É necessário aqui ter em consideração os diversos tipos de corte que, naturalmente terão maior ou menor implicação na obtenção do prazer.



As perspectivas transculturais da sexualidade sugerem que a cultura estrutura a resposta sexual, pelo que a abordagem da sexualidade terá, ela própria, que ser permeável aos argumentos culturais. Introduzimos aqui um comentário de Gruenbaun (2001), em resposta à afirmação de que as mulheres não querem abordar esta temática porque seria um tema tabu. A investigadora alegou que a prática não será tabu mas sim, torna-se tabu por estar associada à sexualidade, esse sim um tema sensível.

O argumento do corte como uma violação dos Direitos Humanos é empregue de forma continuada nas intervenções que têm como objectivo colocar um fim a esta prática. Levantam-se-lhe objecções, alegando-se que está associado a valores marcadamente ocidentais, pelo que será necessária muita prudência na sua utilização.

A condenação, de uma forma simplista, do corte com base em valores humanitários poderá, para além da sua ineficácia, conduzir a fortes reacções de defesa desta prática.

Tal sucedeu, por exemplo, com Jomo Kenyatta, antropólogo e posteriormente presidente do Quênia, que no seu livro "Facing Mount Kenya" (1938, reed. 1959), faz a apologia do corte, considerando inclusivamente a crítica do colonialismo britânico uma expressão de imperialismo cultural. Será, assim, fundamental compreender primeiro porque é que as excisadoras fazem o corte e as razões subjacentes à resistência à mudança.

Não queremos com isto dizer que não se faça a promoção do respeito pelos direitos humanos, todavia, tais argumentos terão, em nosso entender, que ser permeáveis aos reflexos de pertença cultural, quando não atentatórios da integridade física e psicológica dos indivíduos. Uma vez mais chamamos a atenção para as formas de actuação do Fundo das Nações Unidas de Apoio à População, que integram precisamente os cuidados atrás mencionados.



O trabalho desenvolvido na Guiné-Bissau por Johnson (2000), colocou as questões do género, a idade e a classe social no centro do debate sobre o corte. Segundo a investigadora, colocar o enfoque apenas nas mulheres e nos seus pontos de vista, negligencia o outro lado deste debate multifacetado: os homens, no caso do seu trabalho, os homens mandinga, mais facilmente discutiam esta questão que as mulheres, falando sobre ela e questionando, inclusivamente, a sua necessidade. Transpor este debate para Portugal seria uma forma de envolver a comunidade, capacitá-la para, de forma consciente e esclarecida, participar no processo de erradicação do corte propriamente dito sem, contudo, colocar em causa o peso e importância da tradição enquanto identidade de grupo. Podemos questionar até que ponto as comunidades que fazem o corte percebem esta prática como uma forma de violência contra as mulheres ou de dominação masculina, e não apenas uma etapa necessária na vida de mulheres e raparigas, contribuindo assim para a identidade de género.

À complexidade desta prática corresponderá, como se viu até aqui, uma plêiade de tentativas de explicação, incluindo a de rito de passagem como se pode verificar na abordagem deste conceito. É necessário ter em consideração o contexto em que o corte é realizado e qual a tipologia, daí que a associação generalizada deste aos ritos de passagem tem que ser alvo de análise cuidada.

Assim, querer identificar todas as mutilações genitais como rito de passagem poderá ser um esforço para que esta prática se encaixe em teorias académicas. O facto de o corte ser feito cada vez mais cedo, longe da puberdade fisiológica leva a que se questione esse pretensão significado de passagem, sendo que no caso concreto das etnias islamizadas da Guiné-Bissau (fulas, mandingas, biafadas) é comum fazer-se uma associação do corte aos preceitos islâmicos, quando não existem quaisquer fundamentos no Islamismo para a sua existência.



Aqui podemos distinguir dois tipos de obrigatoriedade, conforme Adriana Kaplan Marcusán (2004), a obrigatoriedade do Islão da obrigatoriedade social, sendo que o corte traduzirá uma obrigatoriedade social. Só assim se compreende a existência de infibulação entre as mulheres judias “falasha” da Etiópia ou as cristãs Coptas do Egipto.

Dada esta pretensa associação ao Islamismo, é fundamental que os líderes religiosos se associem às estratégias para erradicação do corte, pelo que serão aliados indispensáveis para quem pretenda trabalhar no terreno.

A complexidade da prática implica, assim, uma abordagem diversificada, sendo de todo inadequado ir para o terreno “armado” de argumentos humanitários, autistas ao peso da tradição e da sua importância para as comunidades. Sobretudo quando na diáspora, estas tendem a fazer das suas tradições uma bandeira identitária, pelo que afrontar tais convicções poderá ter o efeito contrário: um voltar de costas que prejudicará outros profissionais que pretendam ou venham a trabalhar esta temática. Cabe, assim, a cada técnico um papel importante no contacto com a comunidade, sendo que basta uma abordagem menos adequada para pôr em risco a abertura possível a esta questão.

Visto que o objectivo das intervenções no terreno será a abolição apenas do corte e não de uma tradição cultural, o trabalho interdisciplinar e a conjugação de recursos humanos e financeiros será no caso do corte, mas como de tantos outros, a melhor a estratégia a seguir.

E como chegar à comunidade? Primeiro que tudo, persistir na não criminalização desta prática.

A tentativa de tipificar o crime de mutilação genital feminina apenas conseguiu fazer com que a opinião pública rotulasse as comunidades guineenses de “criminosas”, resultando no silêncio destas em sequer mencionar a palavra “excisão”.



Apostar na formação de profissionais de saúde, da área social e da educação, será uma forma de os capacitar para reconhecer sinais e serem capazes de, na sua prática quotidiana, ainda que não concordem com a prática, lidarem da forma mais objectiva possível, sem se deixarem influenciar pelos seus próprios valores.

Acima de tudo, o envolvimento da própria comunidade guineense é a peça chave: promover debates, acções de informação/formação, rentabilizar eventos onde a comunidade esteja reunida, com o recurso a pessoas da própria comunidade para veicular as mensagens de prevenção e de mudança. Nesta filosofia de participação da comunidade, é importante que não sejam criadas expectativas para depois serem defraudadas: com isto chamamos a atenção para a criação de Associações com os mais nobres objectivos, para depois não se continuar um trabalho consistente e continuado, a única forma de se conseguirem obter resultados. Desperdiçam-se, desta forma, portas de entrada que poderão fechar-se de forma definitiva.

É necessário, ainda, reabilitar a comunidade guineense junto da opinião pública, sendo necessário o envolvimento dos media no acautelar de notícias sensacionalistas, isentas de rigor científico, que à custa do aumento dos exemplares vendidos, compromete a desejável integração plena dessas mesmas comunidades.

Por fim e não menos importante, a aposta em estudos, trabalhos de campo, com rigor científico e que permitam melhor conhecer esta prática, nunca perdendo de vista a raiz do problema, ou seja, no caso das comunidades guineenses, a situação na Guiné-Bissau.

Uma palavra de apreço à Associação para o Planeamento da Família, que realizou o primeiro estudo sobre o corte em Portugal, tem apostado na promoção de debates, formações e *workshops* sobre esta temática e encetado esforços para a publicação de artigos e outros contributos, tão necessária para aumentar o conhecimento, não só do público em geral, como dos profissionais das várias áreas do saber.



#### Referências bibliográficas:

- CIDM (2003) **II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2003-2006**, Lisboa, CIDM.
- CIG (2007) **III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género 2007-2010**, CIG/PCM.
- Gonçalves, Yasmina (2005) **Mutilação Genital Feminina**, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família.
- Johnson, Michelle C. (2000) "Becoming a Muslim, Becoming a Person: Female "Circumcision", Religious Identity and Personhood in Guinea-Bissau" in Shell-Duncan, Betina e Hernlund, Ylva **Female "Circumcision" in Africa – Culture, Controversy and Change** (pp. 215-233), Londres, Lynne Rienner Publishers Inc.
- Marcusan, Adriana Kpalan e tal (2004) **Mutilación genital femenina: prevención y atención – Guía para profesionales**, Barcelona, Associació Catalana de Llevadores.
- Martingo (2007) **"Corte dos Genitais Femininos nos Guineenses residentes em Portugal – um estudo exploratório"** – Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta (texto policopiado), Lisboa.



## **A SENSIBILIZAÇÃO À MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA (MGF) EM CONTEXTO ESCOLAR**

**Manuela Sampaio**

Professora

Presidente da Associação para o Planeamento da Família

As problemáticas relacionadas com a MGF têm ainda no nosso país uma visibilidade reduzida. Seja porque os factos são por si mesmos tão cruéis que a maioria das pessoas prefere ignorá-los ou imaginar que ocorrem somente em contextos muito marcados cultural e religiosamente e bem longe de nós, seja porque supõem que a ocorrer entre nós, envolvem um número muito reduzido de pessoas.

No entanto, estudos realizados recentemente, nomeadamente por Yasmina Gonçalves<sup>28</sup> e Carla Martingo<sup>29</sup>, chamam a atenção para o que vem acontecendo no nosso país, envolvendo pré-adolescentes guineenses e suas famílias, a coberto de algum desconhecimento bastante conveniente por parte das autoridades e de certa incredulidade da opinião pública.

---

<sup>28</sup> Gonçalves, Yasmina (2005) **Mutilação Genital Feminina**, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família.

<sup>29</sup> Martingo (2007) **“Corte dos Genitais Femininos nos Guineense residentes em Portugal – um estudo exploratório”** – Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta (texto policopiado), Lisboa.



A prática da MGF é de tal modo assustadora que, embora atentatória dos mais elementares direitos humanos, é relativamente tolerada em termos globais, mesmo em países tradicionalmente defensores das liberdades individuais, como a França, por exemplo, onde a acção é por vezes paralisada, por discussões académicas sobre o direito dos povos às suas tradições ancestrais.

Mas nós, em Portugal, devemos libertar-nos desses complexos de ingerência cultural e enfrentarmos este problema nas suas diferentes vertentes e tomarmos uma posição de combate ao fenómeno, sob o ponto de vista racional e ético. Se não, vejamos: a MGF é uma prática condenável e que deve ser erradicada, sob o ponto de vista dos direitos das mulheres.

O direito à integridade física é um Direito Humano e o direito à integridade sexual e reprodutiva é um Direito Sexual e Reprodutivo que também é um Direito Humano. A MGF é uma prática condenável e lesiva, sob o ponto de vista da saúde da mulher e da criança, pelas consequências ao nível da saúde. A MGF é condenável sob o ponto de vista ético porque é intolerante e abusiva e permite o exercício da violência do mais forte sobre o mais fraco.

Atendendo ao facto desta prática continuar a acontecer no mundo e entre nós, quer em contexto comunitário, quer nacional e poder ser integrada no contexto da violência doméstica contra raparigas e mulheres e no não respeito pela igualdade de género deverá, sobretudo neste ano de 2007, ser objecto de estudo e discussão em meio escolar, integrada nas reflexões sobre a Igualdade de Oportunidades e Igualdade de Género.

As problemáticas de Educação e Desenvolvimento deveriam ser incluídas no programa de Educação para a Cidadania, em contexto de Áreas Curriculares Não Disciplinares.



Aliás neste momento, várias iniciativas estão a ser tomadas, quer pelo Ministério da Educação e Ciência e Ensino Superior ao terem criado um grupo de reflexão sobre os conteúdos das áreas disciplinares não curriculares, que integra responsáveis das escolas superiores de educação. Igualmente, a Presidência do Conselho de Ministros e o Ministério da Educação em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian vem liderando desde Outubro de 2006 o Fórum para Educação e Cidadania. Ambas as iniciativas têm como objectivo a apresentação de um currículo formal sobre cidadania a ser desenvolvido nas escolas básicas e secundárias, e a consequente formação inicial e contínua de professores.

É neste enquadramento que se espera que possam ser desenvolvidos os objectivos afectivos do currículo da escolaridade obrigatória.

O desenvolvimento moral, pressupõe a construção do conhecimento de si próprio e do conhecimento dos outros, tanto dos que nos são próximos, como dos que nos são longínquos, bem como o desenvolvimento das capacidades empáticas e da capacidade de lidar com diferentes perspectivas.

Esta capacidade de compreender os sentimentos dos outros e compadecer-se com o seu sofrimento, revoltar-se com as injustiças de que são vítimas e procurar intervir civicamente para alterar a situação, através do exercício da cidadania informada, deve ser um dos objectivos centrais desta área disciplinar. De acordo com Popkevitz (1988) «o modo como pensamos, argumentamos e racionamos sobre as problemáticas sociais repercute-se nas possibilidades e limites da acção sobre a sociedade».

Mas a solidariedade, como qualquer outro valor, aprende-se, não nascemos solidários. E aprende-se a partir da reflexão sobre condutas solidárias.



A educação para a solidariedade tem um roteiro. Ortega, Mínguez e Gil definiram um itinerário para a educação para a solidariedade:

1. Tomada de consciência de situações de marginalização de indivíduos e populações. Conhecimento dos diversos tipos de necessidades humanas pessoais e sociais.
2. Descoberta das causas que produzem a marginalização.
3. Reconhecimento da dignidade de todas as pessoas como um fim em si mesmo e não como meio para outros fins.
4. Tomada de consciência do carácter global dos problemas que afectam a humanidade, cuja solução exige a resposta de todos.
5. Descoberta da solidariedade, como valor, nos outros e em contexto de proximidade. Procura de respostas para estes problemas.
6. Exercício da solidariedade pessoal.
7. Compromisso e formas de actuação. Definição de estratégias de acção. Como ser solidário.

Este roteiro pode ser percorrido tendo como pano de fundo o conhecimento da realidade da MGF, no mundo, nos PALOPs e em Portugal.

A consciencialização do problema e a possibilidade de empreender acções em voluntariado para esclarecer outros sobre esta temática, e a tentativa de combater esta injustiça consiste na forma mais eficaz de ser solidário.

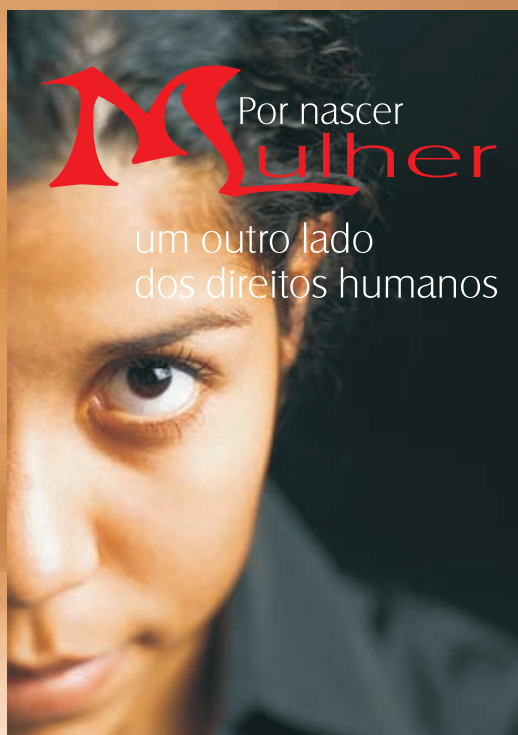


Preparar os jovens para a participação em variadas formas de voluntariado é a melhor maneira de educar para os valores e para a solidariedade. E a MGF é uma realidade a precisar de desocultação a nível social e a precisar de defensores e promotores da sua erradicação. Quem melhor do que as novas gerações para o conseguir? E que agência socializadora mais eficaz do que a escola para o fazer? E que área mais adequada para o seu tratamento pedagógico - didático do que Áreas Disciplinares Não Curriculares e dentro delas a Educação para a Cidadania?

Janeiro de 2007







**M** Por nascer  
**ulher**

um outro lado  
dos direitos humanos



*A promover saúde,  
escolhas e direitos  
pela igualdade de  
oportunidades*

RUA ARTILHARIA UM, 38 - 2º DTO. - 1250 LISBOA  
TEL.: 21 385 39 93 - FAX: 21 388 73 79  
[www.apf.pt](http://www.apf.pt) - [apfsede@apf.pt](mailto:apfsede@apf.pt)