

Índice

Preâmbulo	
Introdução	7
Definição	8
Terminologia	9
Contextualização dos Rituais de Iniciação	11
O porquê desta Prática?	13
Procedimento	15
Idade	15
Tradição	16
Coesão Social	16
Religião	16
Aumento da Possibilidade de Casamento	17
Estatuto Sócio-Económico	17
Questões de Género e Sexualidade	17
Estética e Higiene	18
Consequências Físicas	19
Consequências Psicológicas	20
Consequências na Sexualidade Feminina	21
Consequências na Sexualidade Masculina	22
Prevalência	23
Acordos e Convenções Nacionais e Internacionais – Que Instrumentos na Erradicação da MGF?	26
Programas de Prevenção e Informação	30
Legislação	33
Mutilação Genital feminina – Uma Realidade no Mundo Lusófono?”	40
Actividades Organizadas	41
Questionário para Profissionais de Saúde	43
Objectivos gerais e específicos da Investigação	43
Metodologia	44
Instrumento Utilizado	45
Seleccção da Amostra e Procedimento	45
Caracterização da Amostra	46
Apresentação dos Resultados	48
Conclusões	72
Bibliografia	75
Anexos	77
Questionário	
Declaração APF	

Preâmbulo

Crenças discriminatórias para as mulheres atravessam várias culturas e sociedades e têm induzido ao longo dos tempos práticas lesivas para a saúde física e/ou mental das meninas, das raparigas e de mulheres de qualquer idade.

Para nós que vivemos no mundo ocidental, numa época em que os Direitos dos indivíduos e, neste caso, os direitos das mulheres, embora nem sempre em pleno exercício, são consensualmente aceites e garantidos pela lei, é fácil esquecermo-nos que há menos de um século o casamento forçado das raparigas era praticado e correntemente aceite no nosso e noutros países, hoje ditos desenvolvidos e com regimes democráticos.

A prática da mutilação genital feminina (MGF) de que fala este estudo é um dos crimes com base no género e em valores de honra que ainda afectam rapariguinhas e mulheres em cerca de 28 países do continente africano e, pontualmente nalguns países da Ásia, segundo dados da OMS.

A MGF, e sobremaneira nas suas formas mais mutilantes, tem graves consequências imediatas (hemorragia, infecções localizadas e septicémias) e tardias, estas persistindo durante uma vida: infecções genitais e urinárias, dores e lacerações durante as relações sexuais, hemorragias e fístulas obstétricas acarretam dores, incapacidade, infertilidade.

Para lá do drama das complicações físicas, directa e indirectamente a violência desta prática tradicional é causa de distúrbios depressivos, com alterações complexas da auto-imagem e da sexualidade, que é fortemente devassada, mesmo em formas de mutilação menos extensas.

A MGF atenta contra os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, pelo que, tal como outros actos de violência e discriminação, não pode ser justificada ou tolerada com base em valores tradicionais, questões culturais ou eventuais questões de carácter religioso, nem estas podem servir de entrave ao seu desencorajamento e erradicação.

A Organização Mundial de Saúde inclui Portugal na lista dos países de risco no que respeita a MGF, pela existência de imigrantes de vários países onde ela é praticada e que, muitas vezes numa ânsia de impedirem a dissolução da identidade, mantêm as mesmas práticas ancestrais, entre elas a MGF.

Tal como para outras práticas tradicionais e lesivas, a proibição é insuficiente para lhe pôr termo.

O conhecimento dos contextos sócio-culturais diversos em que a MGF é realizada e o trabalho com os grupos migrantes, nomeadamente com as mulheres, a partir das suas experiências e saberes são essenciais para modificar atitudes em relação à mutilação genital feminina e encorajar núcleos de resistência à prática.

Por último há que aproveitar o maior conhecimento dos técnicos e o maior envolvimento das diversas comunidades migrantes para otimizar os cuidados dispensados em saúde sexual e reprodutiva, onde deve obrigatoriamente estar presente o objectivo de erradicar a prática da mutilação genital feminina.

A prática da mutilação genital feminina constitui uma violação grave dos Direitos Humanos das Mulheres e das liberdades fundamentais (entre eles a integridade física – pelos riscos para a saúde, bem-estar emocional, social e físico das crianças, jovens e mulheres) tal como contemplado no parágrafo 3 do documento adoptado, em Junho de 2000, pela 23ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas de seguimento da Plataforma de Acção de Pequim (Pequim+5).

Neste contexto, importa sublinhar que esse mesmo documento (no parágrafo 263) vai mesmo mais longe e afirma que esta é uma prática incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana e que por isso deve ser combatida e eliminada.

Cinco anos antes, no documento conhecido por Plataforma Acção de Pequim - Parágrafo 9 - afirmava-se que quaisquer que sejam os diversos antecedentes históricos, culturais e religiosos é dever do Estado promover e proteger os direitos humanos e liberdades fundamentais.

A promoção da igualdade de oportunidades entre as mulheres e os homens é por outro lado uma questão fundamental da própria democracia, tal como está consagrado na Constituição da República Portuguesa.

A política de integração das comunidades imigrantes que nos procuram, africanas ou de leste, passa, entre outros passos, por conhecer os seus problemas e dificuldades, os seus anseios e ambições por forma a que a integração possa acontecer de uma forma tão tranquila quanto possível.

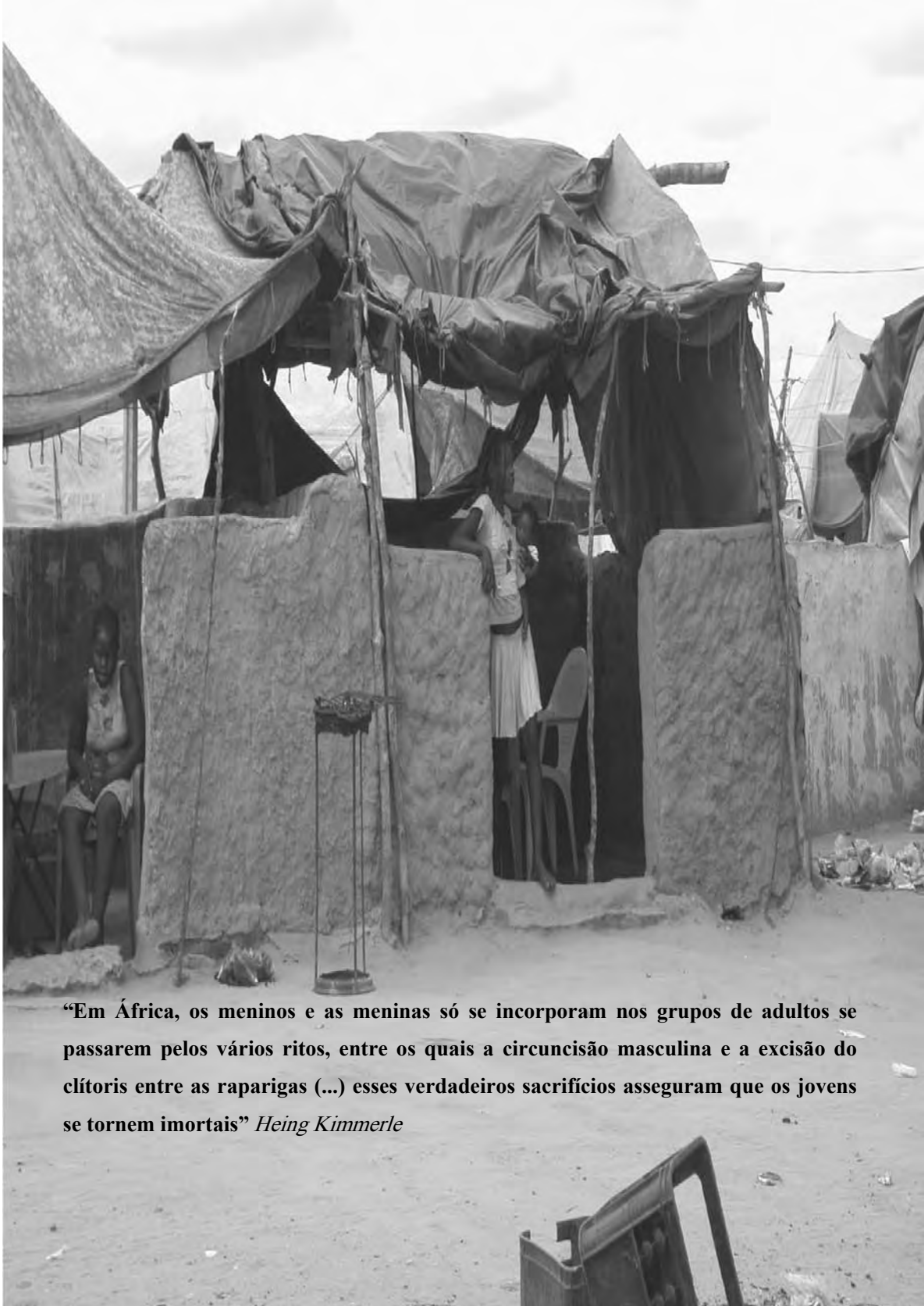
A integração destas comunidades imigrantes, homens e mulheres, passa pelo respeito pelas suas histórias e identidades no quadro do nosso ordenamento jurídico e da nossa cultura humanista de séculos. Por outro lado, importa reafirmar que os valores que adquirimos como nossos não toleram essas violações em nome de qualquer identidade ou diversidade cultural ou religiosa.

O II Plano Nacional para a Igualdade, na linha do estabelecido no Pequim+5 - parágrafos 63,65,73 (respeito pelos profissionais de saúde pelos Direitos Humanos) e 79 (programas de eliminação de práticas nocivas) prevê algumas medidas a serem executadas em estreita colaboração com outros departamentos da Administração Pública – saúde, segurança social, ACIME, tais como e apenas a título de exemplo:

- sensibilização e formação dos vários agentes da administração pública (profissionais de saúde, do serviço social, das forças de segurança ...) para os valores culturais e religiosos das comunidades culturais minoritárias, sem prejuízo do respeito pelos direitos humanos das mulheres nos termos da legislação aplicável.
- apoio a campanhas organizadas por ONG de mulheres de comunidades culturais minoritárias em favor da abolição dos costumes que violem os direitos humanos.

A edição deste livro do Estudo sobre Mutilação Genital Feminina em Portugal constitui um importante contributo para um melhor conhecimento deste fenómeno no nosso país.

Mª Amélia Paiva
Presidente da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres



“Em África, os meninos e as meninas só se incorporam nos grupos de adultos se passarem pelos vários ritos, entre os quais a circuncisão masculina e a excisão do clítoris entre as raparigas (...) esses verdadeiros sacrifícios asseguram que os jovens se tornem imortais” Heing Kimmerle



Introdução

Mutilação Genital Feminina (MGF), também conhecida por corte dos genitais femininos, circuncisão feminina ou excisão, envolve a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou outras lesões dos órgãos genitais que provoquem alterações anatómicas, tendo por base razões culturais ou fins não terapêuticos.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimam que cerca de 130 milhões de mulheres e crianças tenham sido submetidas à prática da Mutilação Genital Feminina e cerca de 2 milhões se encontrem em risco de serem circuncisadas.

A MGF de acordo com dados conhecidos é realizada em 28 países do Continente Africano, sendo executada pontualmente em alguns países da Península Arábica, como Oman, Iémen, Bahrein e Emiratos Árabes Unidos, assim como em algumas regiões da Indonésia e Malásia. Também na Índia a prática da mutilação é realizada por um pequeno grupo étnico.

Portugal segundo a OMS, é considerado um país de risco, no que concerne a esta prática tradicional, uma vez que comunidades migrantes residentes em Portugal e provenientes de países onde a MGF existe, poderão continuar esta prática, além de existirem mulheres que sofreram mutilação nos seus países de origem e que necessitam de cuidados de saúde específicos, físicos e psicológicos.

A natural mobilidade das populações migrantes e de profissionais de saúde pelo país, remete-nos para a necessidade de informação e estudo da MGF em território nacional.

A Grande Lisboa é a zona do país onde existe um maior número de comunidades de imigrantes provenientes de países africanos; daí ter sido o local considerado crucial para o início de um levantamento de informações sobre a temática.

Com este estudo pretendemos contribuir para um maior conhecimento, discussão, sensibilização, intervenção e planeamento de estratégias de actuação dos técnicos de saúde, e de todos os que de uma maneira directa ou indirecta trabalham com populações que possam estar a sofrer consequências negativas desta prática, bem como aumentar o acesso à informação dos vários sectores sócio-culturais em geral sobre esta realidade que atinge milhões de mulheres em todo o mundo.



Definição

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

Quadro 1 - Classificação das Mutilações Genitais Femininas (Organização Mundial de Saúde, 1997)	
Tipo I	Clitoridectomia- existe a remoção da pele que cobre o clítoris ou remoção parcial ou total do clítoris Termos utilizados para descrever este tipo de corte genital são: circuncisão, sunna e clitoridectomia.
Tipo II	Excisão - consiste na remoção total do clítoris com remoção parcial ou total do lábio menor Termos utilizados para descrever este tipo de corte genital são: clitoridectomia, excisão, circuncisão e sunna.
Tipo III	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. Termos utilizados para descrever este tipo de corte genital são: Infibulação, circuncisão faraónica e circuncisão Somália.
Tipo IV	Procedimentos que incluem: Piercing ou incisão do clítoris ou lábios; Alongamento do clítoris ou lábios; Cauterização por queimadura do clítoris e tecidos circundantes; Cortes dos tecidos circundantes do orifício vaginal (corte angurya) ou corte da vagina (corte gishiri); Utilização de substância, objectos e plantas para queimar ou perfurar órgãos genitais; Qualquer outro procedimento que seja incluído na definição de Mutilação Genital Feminina.

Terminologia

Práticas tradicionais **prejudiciais** à saúde da mulher?

Mutilação Genital Feminina?

Operação?

Circuncisão feminina?

Sunna?

Corte dos **genitais femininos**?

Circuncisão Faraónica ?

Prática tradicional?

Os termos utilizados para a definição desta prática são diversos e variados, torna-se por isso importante percebermos os seus conteúdos, quem os utiliza e o porquê da sua utilização.

Durante muito tempo o termo “*circuncisão*” foi utilizado e, continua a ser, em determinados contextos, fazendo referência a um ritual de iniciação, que acontece com os rapazes.

A sua terminologia continua a existir para a descrição de um variado número de práticas que envolvem os genitais femininos.

É uma expressão que não tem implícita uma conotação de violência e agressão e pretende ser uma equiparação de uma prática cultural entre os 2 sexos.

A utilização do termo “*Mutilação Genital Feminina*” é referenciada por organizações de direitos humanos e de saúde, de modo a enfatizarem as consequências negativas deste tipo de prática.

Internacionalmente continua-se a falar de “*circuncisão feminina*”, “*corte dos genitais femininos*”, “*excisão*”, no entanto a terminologia MGF tem sido adoptada e acordada, pois demonstra como esta tradição é vulnerável para a integridade física e psíquica das mulheres e raparigas e os seus direitos mais básicos.

A utilização destas designações no âmbito da saúde e organizações que trabalham na área dos direitos humanos é desencorajado, uma vez que não retrata adequadamente o que acontece na realidade.

Actualmente, em alguns *fora* internacionais e mesmo o próprio Comité Inter-Africano, fala desta prática e, por respeito às culturas afectadas, utiliza o conceito de “*práticas tradicionais nefastas que afectam a saúde das mulheres e meninas*”.

Os termos “*circuncisão feminina*”, “*sunna*” ou “*excisão*” têm uma utilização adequada, positiva e significativa, quando se trabalha com comunidades onde esta prática ocorre, pois representam uma terminologia local não

valorativa, logo mais neutra, não sendo considerados tão ofensivos, chocantes e discriminatórios para as mulheres e raparigas, não esquecendo também o próprio contexto sócio-cultural no qual esta prática corre.

A própria população muçulmana refere-se à MGF como “*Sunna*”, e por exemplo, em Mandinga – “ñyakaa” e em Somali – “gadba haada”, terminologia que apresenta uma carga mais simbólica e menos emocional.

Organizações de direitos das mulheres e de direitos humanos, propõem o termo “*mutilação feminina*”, na medida em que é entendido como um atentado claro contra a integridade física e psíquica das mulheres e raparigas, salientando a existência da amputação de uma parte funcional e sã do organismo feminino.

Tal como já foi referido, a utilização do termo “Mutilação Genital Feminina” pode ser considerado ofensivo para aqueles que a praticam ou que foram sujeitos a esta prática. No entanto, nas sociedades ocidentais este ritual pode ser considerado como “mutilação”, é necessário não esquecermos que comunidade que o pratica tem também o intuito de “praticar o bem e dar o melhor à criança”.

A utilização do termo “*Mutilação Genital Feminina*” no trabalho com mulheres e raparigas que sofreram ou que podem vir a sofrer desta prática, poderá ser contraproducente no estabelecimento de uma relação de confiança.

Nos programas e projectos de prevenção e informação o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o “técnico” e as comunidades alvo é essencial e sem essa confiança poderá não ser possível ou mesmo não ter significado abordar aspectos difíceis e sensíveis para as mulheres afectadas e que necessitam de apoio e assistência.

Então, é importante ao abordarmos o tema termos em atenção da necessidade de estarem subjacentes estes aspectos, de modo a sabermos quais os termos que são utilizados pela mulher/rapariga e sua família e sempre que possível utilizá-los.

Também em algumas situações pode ser necessário a introdução de nova terminologia, como por exemplo, “cirurgia feminina, corte, fechar ou abrir”.

Recentemente algumas organizações, incluindo o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) adoptaram a utilização da expressão “*Corte dos Genitais Femininos*”, por ser “mais neutra”, uma vez que as comunidades onde esta prática ocorre interpretavam a palavra “mutilação” de modo depreciativo da sua identidade, pois representava algo negativo e maléfico.

Se em situações de prevenção, informação e intervenção forem utilizados programas pouco ajustados à realidade das comunidades e nos quais as próprias comunidades não intervenham, pode-se verificar a não-aceitação desses mesmos programas, o reverso da medalha pode surgir, ou seja, existe o risco de alienação/afastamento da comunidade, verificando-se o aumento do n.º de raparigas e mulheres sujeitas à prática da MGF.

Profissionais de saúde e técnicos que trabalham nesta área deverão estar alertados para diferentes mulheres utilizarem a mesma designação na descrição dos diferentes rituais, por exemplo, “*sunna*” pode ser utilizado para descrever a remoção do capuz do clítoris, enquanto que outras o podem utilizar para descrever a remoção da totalidade do clítoris (clitoridectomia).

Continua a ser de extrema importância, no entanto, a necessidade de adaptarmos a terminologia consoante o contexto no qual esta é mencionada.



Contextualização dos rituais de iniciação

O significado dos rituais de iniciação é complexo, (Van Gennep, 1986 in FPFE, 2002). O *Kaseo* (iniciação masculina) e o *ñyaka* (iniciação feminina) significam o passo da infância à puberdade, primeiro estágio da vida adulta.

Em ambos os casos existem 3 fases do ritual de passagem: separação, marginalização, agregação:

1. **Separação** – Nesta fase os meninos e as meninas são separadas da comunidade e circuncisados/excisados.
A ruptura com a etapa anterior está dada, a infância com o corte do prepúcio ou a excisão do clítoris, com o sangue e a dor.
2. **Marginalização** – Tem uma duração que depende do tempo de cicatrização da ferida e do processo de aprendizagem dos iniciados.
O corte do prepúcio (pênis) e o sarar da ferida pode ocorrer entre 2/3 semanas.
O corte do clítoris ou infibulação prolonga-se de 2 a 8 semanas, segundo o tipo de operação realizada.
É um período de alto risco, sentido como tabu e rodeado de normas rígidas, prescrições e proibições especiais em relação aos cuidados, à higiene, alimentação, roupa e movimento em geral.
É nesta fase que se leva a cabo a aprendizagem das/os iniciadas/os, na qual são transmitidas as mensagens que aglutinam a riqueza da identidade cultural e social do povo.
3. **Agregação** – Há um “cerimonial de graduação” onde as/os iniciadas/os são apresentadas/os publicamente como novos membros, com os seus próprios papéis e categorias sociais.
É desta forma que as raparigas são publicamente reconhecidas, legitimadas e aceites pela comunidade como novos membros da sociedade secreta das mulheres. Os rapazes por seu lado entram no grupo dos homens.
Quem executa o ritual de iniciação são pessoas de destaque sócio-simbólico na comunidade, quer no caso dos rapazes, quer das raparigas. Normalmente são os membros mais velhos da comunidade de pertença a terem este papel.

O papel do Ngmangsimbah (pai/mãe dos iniciados), sendo uma pessoa que cumpre a função de supervisor e guia espiritual, é quem realiza a operação e quem está responsável pelo desenvolvimento e cumprimento do ritual.

É uma das pessoas mais proeminente da aldeia, a quem é atribuído poderes sobrenaturais (aquele que pode captar a presença de maus espíritos, com poderes mágico simbólicos).

As mulheres que executam esta operação, que tem efeitos sócio-económicos subjacentes, receberam instruções e aprendizagens das suas mães e avós. São também as parteiras tradicionais, que auxiliam os nascimentos e cuidam das mães e bebés durante os primeiros dias após o parto.

As “iniciadas” durante este ritual de iniciação realizam a suas aprendizagens e desempenhos ao nível moral e social. Onde são transmitidas, com firmeza e seriedade as normas de comportamento respectivo inter e intra gerações e as formas de relação entre géneros.

Aprendem a “estar com o próximo” (relacionar), sendo assim incorporadas socialmente como pessoas adultas, com os seus deveres e direitos dentro da sociedade.

Também são ensinadas quais as regras sociais de aproximação e/ou evitamento face aos outros grupos étnicos, com base em lendas que traduzem oralmente as relações históricas e estabelecimento de laços de solidariedade.

Nestes ensinamentos existe um importante conteúdo de linguagem não verbal que só pode ser interpretado por alguém pertencente ao mesmo “grupo secreto”, como por exemplo gestos, danças e sons, o que se chama a diferença de saberes.

Os rituais de iniciação, não são rituais de puberdade física, porque não coincidem com a puberdade fisiológica. Mas sim, com uma puberdade social, cujas idades variam em função do sexo, dos grupos sócio-culturais, da localização territorial dos mesmos e também da sua densidade demográfica.

Existe um sentimento de pertença, a que estarão ligadas durante o resto das suas vidas.

Todos estes rituais caracterizam e diferenciam cada um dos grupos e constituem o primeiro passo na construção da sua identidade étnica e de género.

(FPFE, 2002)

O porquê desta prática?

As MGF são práticas ancestrais, existentes entre muitos povos africanos, o que apresenta profundas raízes sociais e culturais mas, não exclusivamente.

Uma das razões principais que as mulheres apresentam e que serve para manter esta prática tem a ver com questões de higiene: *“uma mulher circuncisada é uma mulher mais limpa”*.

Os homens também são circuncisados, por questões de higiene, *“um homem circuncisado é um homem limpo”*.

Um das diferenças fundamentais que existe entre ambas as circuncisões, é dada pelo carácter religioso e mágico que estas culturas conferem a cada uma das práticas.

A circuncisão masculina é interpretada como uma obrigação descrita no Corão e, portanto tem um carácter perceptivo.

Todos os homens muçulmanos são circuncisados, o mesmo acontece com os judeus, no entanto nem todas as mulheres muçulmanas são circuncisadas.

A “excisão” é um “*sunna*”, faz parte da tradição. No entanto, só tem um carácter recomendatório, não é obrigatório. É importante ressaltar que é uma prática pré-islâmica e que o Corão não faz menção em nenhum versículo à mesma.

Será primordial termos em atenção a diferença entre a obrigatoriedade do Islão e a obrigatoriedade da sociedade à margem do Islão. Como exemplo, a infibulação entre as mulheres judia, *falashas* da Etiópia ou entre as cristãs coptas do Egipto.

Por outro lado, também é necessário precisar que nem em todos os países africanos se pratica a MGF, e nem todos os grupos étnicos do mesmo país a levam a cabo (como por exemplo o Senegal, no qual a maioria da população é Wolof e não executa o ritual).

Também será relevante termos em atenção a proximidade de grupos étnicos que têm esta prática, e que podem influenciar outros grupos. Estudos recentes levados a cabo na Gambia, foram encontradas mulheres sujeitas a esta prática na população Wolof (que tradicionalmente não pratica a MGF) que em contacto com outros grupos étnicos começaram a prática deste ritual, como parte de um processo adaptativo e de inclusão.

Em termos culturais e sociais, a circuncisão tanto feminina como masculina faz parte de um ritual de passagem para a idade adulta, e que apesar de se falar de uma puberdade social e não fisiológica, este ritual é considerado pelas comunidades que a praticam como imprescindível para o futuro dos meninos e meninas e ao mundo dos adultos.

“A circuncisão é uma marca que levam ou que irão carregar toda a vida e simboliza a sua união ao grupo para toda a vida. Trata-se de uma questão de coesão social e de pertença, “ou está dentro ou estás fora”.

As mutilações genitais são práticas culturais baseadas em uma série de convicções e percepções enraizadas na cultura: o prazer do marido, obrigações religiosas, propriedade, identidade, saúde ou posição social.

Segundo as pesquisas, as justificações tanto para a prática, como para a manutenção da mutilação genital feminina, prendem-se com questões sócio-culturais e económicas e podendo mesmo ter origem num símbolo de herança e identidade dum grupo étnico específico que de acordo com os próprios:

1. Ajuda a preservar a virgindade da mulher até ao casamento;
2. Protege a honra da família garantindo a legitimidade dos descendentes;
3. Reduz o desejo sexual da mulher tornando-a "menos promíscua";
4. Aumenta o prazer do homem durante o acto sexual;
5. É necessária, por motivos de higiene e também mais estética uma vez que os órgãos genitais femininos são considerados sujos e inestéticos;
6. É benéfica para a saúde garantido o aumento da fertilidade das mulheres;
7. Tem por base questões religiosas;
8. Facilita o parto;
9. Promove a coesão social;
10. Aumenta as oportunidades matrimoniais;
11. Mantém uma boa saúde e previne o nascimento de nado-mortos em primíparas;
12. Previne a morte do recém-nascido ou então deste sofrer de doenças mentais.

A mutilação genital feminina é vista como uma passagem para a vida adulta, sendo considerada um ritual no qual a menina se torna mulher, e pode ocorrer em idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos. Em algumas culturas, pode ser realizada poucos dias após o nascimento, antes da rapariga se casar e após a 1ª gravidez.

Também outras situações semelhantes onde a saúde da rapariga é colocada em causa e onde os seus direitos mais básicos são violados, são os casos das "meninas noivas" e os "acordos entre famílias".

Apesar de todas as evidências em contrário, estas crenças e mitos encontram-se firmemente enraizadas na população dos países e comunidades, onde os rituais de mutilação genital feminina são praticados. Passam de geração em geração e quem os pratica crê estar a fazer o melhor para as suas filhas...

Como tradições que são, o seguimento e obediência das mesmas, dão aos seus seguidores um sentimento de pertença, de aceitação social e de identidade de grupo.

Quando a prática da mutilação genital feminina é realizada fora das comunidades de origem é assumida como uma forma de afirmação e proximidade com as suas raízes.

No entanto, com a manutenção destes rituais e práticas, sentimentos contraditórios começam a surgir no interior dos grupos, ou seja, há a necessidade de manterem as suas tradições por questões de identidade e sobrevivência, mas ao terem acesso à informação e outros modos de "ver e estar", com frequência são as mulheres quem mais questionam a manutenção da mutilação genital feminina. Um forte movimento de recusa/negação ao que é novo, instala-se com um "interrogar do que sempre acreditaram", o que com frequência dá origem a rupturas na identidade de género e social.

É gerado assim, um "conflito interno", dando azo por vezes a comportamentos de ruptura com as suas comunidades, provocando sentimentos e comportamentos de exclusão e rejeição das próprias e do grupo.

Pode parecer estranho ouvir testemunhos que remetem para a prática da mutilação genital feminina como um símbolo de identidade, e uma forma de continuarem a "saber quem são", mesmo longe do país onde nasceram, ou poderá também provocar "incompreensão e resistência" de que este facto é considerado um crime, podendo mesmo ser punido por lei.

Aqueles que as praticam possuem um esquema mental, constituído por argumentos psicológicos e sociais, com crenças religiosas, sociais e individuais, consideradas benéficas para a sociedade/comunidade, que em conjunto fazem a tarefa de as erradicar muito difícil. (Creel, 2002)

Procedimento

Esta prática é rodeada de rituais que variam consoante os tipos de mutilação, o que faz com que existam diversas formas de execução destes procedimentos.

Estudos diversos nesta área descrevem o ritual como "primitivo" e realizado sob condições de higiene precárias. Na execução da prática são utilizados instrumentos precários e rudimentares, como pedaços de vidro, lâminas e facas.

A mulher e/ou rapariga são agarradas por várias mulheres e o procedimento é executado sem qualquer tipo anestésico natural ou químico.

O facto de ser realizado sem anestesia e de existir no fundo uma luta por parte da criança ou mulher que vai sofrer a mutilação, faz com que os danos corporais possam na maior parte dos casos ser maiores do que o que era esperado.

Com o procedimento mais complexo (infibulação) o contorno dos grandes lábios são suturados, utilizando-se a colocação de talas e a ligação das pernas para permitir uma cicatrização mais rápida.

Idade

A idade de execução desta prática pode variar de comunidade em comunidade, por exemplo, em algumas comunidades a MGF pode ser executada em raparigas de 8/9 anos como parte inicial da cerimónia.

É usualmente executada em idades compreendidas entre os 4/12 anos, mas em algumas culturas é utilizada nos 1º dias de nascimento, durante a gravidez e depois do parto.

Também existem situações nas quais as práticas começaram a ser realizadas mais cedo (a recém-nascidos), apesar de não ser o usual nessas comunidades. Essas situações aconteceram quando as comunidades se sentiram ameaçadas devido a negociações e discussões a nível parlamentar, para uma possível criminalização da prática.

Temos como exemplo a proposta de lei que esteve em debate na Guiné-Bissau, a qual não foi aprovada, mas que teve como efeito colateral o aumento de casos excisão em recém-nascidos do sexo feminino.

Tradição

A tradição é uma das razões mais comuns apresentadas por quem pratica este fenómeno. Para muitos o corte dos genitais femininos faz parte do “normal desenvolvimento” da mulher.

É uma etapa esperada na vida de uma criança do sexo feminino na sua passagem para a vida adulta ou para o simples facto de ser considerada “mulher”.

Esta prática pode estar associada a celebrações culturais que pode envolver a entrega de oferendas e a realização de uma festa na comunidade.

A continuidade deste fenómeno é fundamentada também através de uma grande pressão social, estendida à rapariga, que será alvo de estigmas e ostracismo se não for cooperante.

Coesão social

Esta prática está relacionada e intimamente ligada a questões de “honra familiar”, sendo classificada e sentida como um atributo vital para a posição que a família tem na sociedade e para a coesão social.

A honra da família é considerada como algo obrigatório, que os membros têm a obrigação de zelar e guardar, uma vez que as acções dos seus diferentes componentes podem fazer com que se perca.

A honra é cuidadosamente guardada pelos diferentes membros da família e pode ser perdida devidas às atitudes dos mesmos, em especial pelas mulheres e raparigas.

O corte dos genitais femininos é considerado uma prática normal como precaução da preservação da moralidade e virgindade da rapariga, e em situações de guerra era considerado um meio de proteger a rapariga e mulher de possíveis violações.

A prática é perpetuada dentro do sistema social e qualquer desvio da norma implica comportamentos imorais e causa a perda da honra.

O corte dos genitais femininos é também uma situação de grande coesão inter-pares, uma vez que existe uma aproximação com aquelas que passaram a mesma experiência.

Religião

A mutilação genital foi identificada em grupos cristãos (protestantes, católicos e coptas), muçulmanos, judeus, animistas e ateístas. A MGF não está incluída em nenhuma forma de ensinamento religioso, e esta associação (mutilação e religião) é o resultado de interpretações específicas dos textos religiosos e dos seus ensinamentos.

Uma falsa crença sobre a MGF é que esta, está enquadrada na religião muçulmana, no entanto, existem muitos Islâmicos que não têm esta prática (Arábia Saudita).

Para algumas mulheres este procedimento é entendido como um *sunna*, um requisito religioso prescrito nos ensinamentos do Profeta Maomé.

Aumento da possibilidade de casamento

A prática da MGF é realizada normalmente em comunidades nas quais a mulher tem um diminuto estatuto socio-económico, possuindo poucos recursos sociais e assim deve estar apta para um casamento, como garantia o seu futuro.

Esta tradição para além de aumentar a probabilidade de casamento, assegura a virgindade da mulher, que é considerado um pré-requisito para o casamento.

Também assegura a linhagem, pois diminui as hipóteses de eventuais envolvimentos antes do casamento e promove a fidelidade feminina.

Outros também crêem, que a MGF aumenta a fertilidade e o prazer sexual do parceiro, bem como o poder atractivo e erótico da própria mulher.

Estatuto socio-económico

Em algumas sociedades a prática deste ritual assegura poder económico às excisadoras e suas famílias, para além de um elevado estatuto social.

Em algumas situações as mulheres realizam não só o ritual da excisão mas também todos os procedimentos de preparação para o casamento, parto e pós-parto (o abrir e fechar da vagina). Cada um destes procedimentos proporciona-lhe uma determinada fonte de rendimentos.

Em outras comunidades a MGF pode ser vista como uma negociação do “preço da noiva”, algo que contribui para a economia local.

Quando este procedimento é executado em clínicas (estabelecimentos de saúde públicos ou privados), são visíveis os mesmos factores que quando realizado por parteiras tradicionais, ou seja, a mutilação passa a ser um factor extra de rendimento, uma fonte de rendimentos para essa clínica e para quem executa a MGF assistida.

Os profissionais de saúde que realizam esta prática acreditam que é melhor para a mulher que esta tenha lugar em condições adequadas de assepsia e higiene, “uma vez que vai ser realizado de qualquer forma.”

No entanto, o facto de ser realizada por profissionais de saúde perpetua a existência deste ritual, alterando apenas os agentes da execução e alargando as suas fontes de rendimento.

Questões de género e sexualidade

Em alguns grupos quando a rapariga é excisada é-lhe promovida a capacidade de exercer em pleno o seu papel de mulher, mãe e esposa.

A MGF pode ser vista como uma “identidade de género”, com todos os mitos que daí advêm, castidade, pureza, controle da sexualidade feminina e, mais uma vez, um requisito ao casamento e ao facto de poder ser “mãe”.

Algumas culturas acreditam que o clítoris é um órgão masculino, assim, deve ser removido de modo a ser criada a verdadeira mulher. Também existem sociedades que crêem que o clítoris quando não é removido pode aumentar o seu tamanho e magoar ou provocar lesões no recém-nascido aquando o parto.

Como o clítoris é concebido como um órgão masculino, a não remoção do mesmo pode aumentar o desejo sexual, a masculinidade, os comportamentos agressivos, assim com o número de parceiros sexuais.

Organizações de direitos das mulheres e de direitos humanos consideram a MGF uma forma continuada de opressão à mulher. Referem que a remoção do clítoris continua a ser uma tentativa de controlar a actividade sexual da mulher; uma negação do seu desejo sexual e da sua possibilidade de escolha e expressão.

A existência da MG continua assim, a ser uma mensagem subliminar sobre o que é “esperado de uma mulher”, com a proibição da vivência do prazer sexual, que não é esperado numa mulher.

Estética e Higiene

Várias culturas consideram que a prática da mutilação vai reforçar a beleza dos órgãos genitais, uma vez que estes são considerados pelas mesmas “feios e impuros”.

Algumas referem que o clítoris emana um cheiro desagradável, e que com a mutilação esse cheiro desaparece, estando assim associada a limpeza (a palavra para MGF em árabe é *Tahur*, que significa limpeza e pureza).

Também existem justificações de que se uma mulher não for infibulada, o ar entra na vagina e pode provocar infecções. (OMS, 1997)



Consequências físicas

A MGF acarreta graves consequências para a saúde das mulheres e crianças sobreviventes, e é difícil o acesso ao n.º de mulheres que morrem como resultado das mutilações genitais.

Quadro 2 - Resultados de Mutilação Genital Feminina (MGF)		
Curto prazo	Médio prazo	Longo prazo
<p>Choque, dores intensas e hemorragias</p> <p>Infecções da ferida provocada pelo corte dos genitais, transmissão do tétano</p> <p>Danos de outros órgãos (uretra, esfíncter anal, paredes vaginais)</p> <p>Retenção da urina por inflamação e bloqueio da uretra</p> <p>Infecções urinárias</p> <p>Febre e septicémia</p> <p>Dores durante o coito</p>	<p>Anemia severa</p> <p>Infecções pélvicas</p> <p>Dismenorreia</p> <p>Formações de cicatrizes</p> <p>Complicações durante gravidez e parto</p> <p>Dores durante o coito</p>	<p>Infertilidade</p> <p>Fístulas recto-vaginais e vesico-vaginais</p> <p>Incontinência urinária ou anal</p> <p>Complicações obstétricas devido a infecções peri-anais</p> <p>Formação de cálculos e pedras na vagina</p> <p>Lacerações fatais devido ao trabalho de parto prolongado</p> <p>Disfunções sexuais no casal</p> <p>Transmissão do tétano e septicémia</p> <p>Aumento de infecções sexualmente transmissíveis, tal como o VIH/SIDA e a Hepatite B.</p>

Consequências psicológicas

Numa comunidade onde a maior parte das mulheres são mutiladas, familiares, amigos e a própria estrutura social criam um ambiente e circunstâncias propícias para que a mutilação genital feminina seja necessária. As raparigas e mulheres não têm "consciência" desta pressão.

Não há referências externas, não existe opinião, não há escolha, não estão informadas da relação directa entre a mutilação genital e consequências a nível da saúde física e mental.

A "consciência" desta relação directa só começa a acontecer quando surgem complicações durante a relação sexual e parto, anos após ter sido realizada a mutilação, ao mesmo tempo que existe um maior nível de informação proveniente do exterior.

Não existe a noção de que estes actos são atentados aos seus direitos enquanto mulheres, pois esses direitos não são reconhecidos como tal.

Socialmente estas mulheres são ao longo do seu desenvolvimento condicionadas a aceitar esta prática com toda a "dor" que esta implica.

Em muitas situações as excisadoras têm conhecimento, e não consciência, das consequências para mulheres, no entanto continuam a perpetuar a existência de mitos que fazem com que as vítimas/sobreviventes da mutilação genital acreditem que os sintomas que apresentam são "inerentes ao ser mulher", suportando a dor física estoicamente dando-lhes um sentimento de "poder" e de heroicidade.

A mutilação genital é um acto que pelo seu significado e sofrimento marca as suas vítimas/sobreviventes, que ao relatarem o sucedido mantêm na memória todos os rituais que antecedem e precedem a mutilação.

Um estudo realizado na Somália, a 159 raparigas com idades compreendidas entre os 8 e os 16 anos, às quais foi perguntado o que sentiram aquando a circuncisão e no período após a mesma, refere que todas elas tinham a recordação da idade, dia, hora, local, quem realizou e quem se encontrava no local. Também apresentavam distúrbios a nível da auto-estima e identidade (*Gravisivaro & Moscolo, 1985*). Os relatos são descritos como uma experiência de grande medo, submissão, humilhação, impotência e dor, ficando "uma ferida" nas suas vidas e no seu desenvolvimento mental, "ferida" essa, que é persistente na memória.

Outras mulheres não conseguem verbalizar a experiência vivida, ou então, apresentam grandes dificuldades em descrever a situação que envolveu a mutilação.

Existe um suporte da família após o ritual, no entanto estudos realizados referem que as raparigas apresentam sentimentos de raiva, angústia e traição por terem sido submetidas a uma agressão física e mental equivalente a uma violação.

Dos estudos existentes sobre esta problemática, poucos são os que apresentam dados sistematizados sobre as consequências a nível psicológico e ao nível da saúde sexual e reprodutiva das mulheres vítimas/sobreviventes de mutilação genital. As informações obtidas baseiam-se em observações no terreno e na realização de estudos piloto.

Consequências na sexualidade feminina

Uma mulher que se sujeita à mutilação genital experimenta várias formas de disfunções, uma vez que a zona genital é ferida ou está cicatrizada, provocando uma baixa sensibilidade e uma consequente inibição sexual.

Nos casos de infibulação, a penetração vaginal feita através do tecido genital lesado e cicatrizado pode ser difícil ou impossível, existindo ruptura do tecido, provocando novas hemorragias e dor intensa.

As implicações na sexualidade do casal e prática de uma “relação sexual considerada satisfatória”, ou capacidade de sentirem o orgasmo, são muitas vezes perdidas devidas às lesões provocadas.

Shandall (1967), estudou 4024 mulheres, na sua clínica a Norte do Sudão, e descreve que 80% de mulheres sujeitas a mutilação tipo III (infibulação) nunca haviam sentido um orgasmo, comparando com 10% de mulheres que haviam sofrido mutilação Tipo I ou que não haviam sofrido nenhuma forma de mutilação.

El Dareer (1982), realizou uma investigação na qual relatou semelhantes dados. No seu estudo 50% das mulheres referem não sentirem prazer durante as relações sexuais, 23% relataram indiferença durante as mesmas e as restantes expressaram situações de prazer durante toda a relação ou pelo menos durante parte dela.

Será importante referir que são situações de mulheres que foram sujeitas a mutilações do tipo III, uma vez que estes estudos foram realizados a Norte do Sudão, local onde a prática da infibulação é de 90% .

No entanto, existem relatos de mulheres que continuam a ter as mesmas sensações de desejo e fantasias que uma mulher que não tenha sofrido uma mutilação genital, afirmando haver satisfação sexual, o que poderá ser explicado por uma “compensação” quer pela inexistência do clítoris quer pelo tecido lesado nessa zona erógena (nas mutilações tipo I).

Um estudo realizado por Lightfoot-Klein (1989), refere que 90% das mulheres estudadas sentiam prazer durante a relação sexual e orgasmo, esta amostra era constituída por 300 mulheres do Sudão.

A autora não faz uma descrição adequada da sua metodologia, no entanto refere ter utilizado duas enfermeiras, que executavam a prática da mutilação, como tradutoras.

De facto, este estudo e os seus resultados vão contra as conclusões de um outro estudo realizado pela mesma autora (1983), cujos dados referem a existência de dores fortes e sofrimento durante as relações coitais e falta de prazer, em mulheres infibuladas.

Karim e Ammar estudaram 331 mulheres circuncisadas no Cairo (1966). Destas, 29% não sentiam nenhum tipo de satisfação sexual durante o coito, 30% referiram alguma satisfação mas não orgasmo e 41% referem ter prazer e orgasmos frequentemente.

No entanto a amostra não diferencia entre os vários tipos de mutilações, ou seja, na totalidade a amostra era constituída por mulheres com mutilações tipo I, II, III, não se sabendo quantas.

Os dados obtidos não fazem referência à satisfação a nível sexual entre mulheres que sofreram diferentes tipos de mutilação, apenas se pode fazer uma comparação com mulheres que não sofreram qualquer tipo de mutilação.

Dos estudos a que tivemos acesso, é claro que seja qual for o tipo de mutilação, esta interfere de algum modo com a resposta sexual da mulher, no entanto não é regra para a totalidade de mulheres e raparigas que sofreram algum tipo de mutilação, uma vez que existem mulheres que referem sentir prazer e orgasmo nas suas práticas sexuais.

Mesmo mulheres infibuladas, por vezes, têm parte residual de tecido do clítoris, sensível, e lábios intactos; também alguns sugerem que outras zonas erógenas do corpo podem ficar ainda mais sensíveis numa mulher mutilada, e ainda mais se a própria relação e o envolvimento do casal for visto pela mulher como satisfatório.

Consequências na sexualidade masculina

Com o aumento dos estudos e discussão sobre a mutilação genital feminina, o nível de informação sobre o impacto da mesma nas relações do casal é maior.

Num contexto de relações extraconjugais, estudos referem que homens casados com mulheres às quais foi removido o clítoris procuram, outras mulheres fora do casamento descrevendo-as como "completas" e "quentes" (Kere LA, 1994).

Um estudo realizado no Sudão, (Shandall, 1967), com entrevistas a 362 homens polígamos, dos quais só uma das suas mulheres tinha sofrido mutilação genital do Tipo III, enquanto que as outras, ou não tinham sofrido mutilação, ou apenas tinham sofrido mutilação genital do Tipo I referiram:

- 266 Indivíduos - Preferir estar com as esposas que não tinham sido mutiladas ou só que tinham sofrido uma mutilação do Tipo I;
- 60 Indivíduos - Terem casado com as segundas esposas (Tipo I) porque não conseguiam relações sexuais satisfatórias com as primeiras (Tipo III) devido ao rasgar progressivo das cicatrizes da zona genital, cada vez que as mulheres tinham uma criança;
- 36 Indivíduos - Continuar a manter relações coitais com as mulheres que tinham sofrido de infibulação (Tipo III) considerando o acto "agradável e satisfatório".

Toubia (1995), faz referência ao testemunho de uma mulher de Burkina Faso, que descreve os seus sentimentos durante a relação sexual *"Para mim, a relação sexual é dolorosa e é difícil sentir prazer com ela, isto quer dizer que o meu marido tem que ter muito cuidado para não me magoar e tem que ter um grande controlo durante a relação sexual"*.

Por seu lado, o relato do marido refere não existir um relaxamento durante a relação, e que em vez de ser "algo de bom e satisfatório" ser simplesmente o inverso.

No entanto o conceito de prazer e satisfação varia de pessoa para pessoa, consoante as suas vivências e culturas.

Numa sociedade onde existe uma norma que obriga a mulher a ser infibulada, é quase obrigatório que os homens desta sociedade sintam também prazer e satisfação com o facto das mulheres possuírem uma entrada vaginal pequena e apertada (Van der Knaak, 1992).

Apesar de uma atitude masculina que reforça esta prática, especialmente nos casos de infibulação, testemunhos referem dificuldades sentidas durante a relação sexual e os seus efeitos negativos, como quadros de impotência masculina e úlceras no pénis provocadas pelas sucessivas tentativas de penetração. (OMS, 1997)



Prevalência

A prevalência exacta da MGF é difícil de estimar, uma vez que existem poucos estudos e pesquisas sistematizadas e deste ritual ser rodeado de tabus.

A Organização Mundial de Saúde estima que 130 milhões de mulheres mundialmente sofreram alguma forma de MGF, com uma incidência anual de 2 milhões.

Os tipos mais comuns de MG são o tipo I e II que realizam um total de 80% de todos os casos.

O tipo III da MGF, a forma mais grave de MG constitui aproximadamente 15% dos casos.

As mulheres e raparigas submetidas a esta prática encontram-se também presentes nas comunidades africanas migrantes nos diferentes continentes.

Quadro 3 - Prevalência da Mutilação Genital Feminina (MGF)		
País	Prevalência%	Grupo étnico
Burkina Faso	70%	Ganzoungou, Hovet, Kenedougou, Kossi, Kdiogo, Mouhoun, Nahouri, Yatenga e Zounweogo
Camarões	20%	100% Muçulmanos 63% Cristãos Sudoeste da província do Norte
Republica Centro Africana	50%	Banda, Mandjia
Chade	60%	Regiões do Sul, Este e Centro de N'djamena
Costa do Marfim	60%	80% Muçulmanos, 16% Católicos e Protestantes
República Democrática do Congo	-----	Não há informação
Egipto	80%	Muçulmanos e cristãos
Djibouti	98%	Quase todas as etnias

Eritreia	-----	Cristãos e Muçulmanos
Etiópia	90%	Cristãos e Muçulmanos
Gâmbia	80%	Mandiga e Saraola (100%) Fula (93%) Jola (65.7%) Wolof (1.9%)
Gana	30%	Bussani, Frafra, Kantosi, Kassena, Kassasi, Manprushie, Moshie, Nankanne, Dagarti, Grunshie, Kantosi, Lobi, Sissala e Walas
Guiné Conacry	50%	Não há informações
Guiné Bissau	50%	Mandingas, Fulas, Beafadas
Quênia	-----	Não há informações
Mali	80%	Todas as etnias
Libéria	60%	Só 3 grupo étnicos é que praticam
Mauritânia	25%	Não há informações
Níger	20%	Shuwa, Gourmanche, Courtney, Peulh, Songhai e Wogo
Nigéria	60%	Hausa, Ibo, Yoruba
Senegal	20%	Não há informações
Somália	98%	Todas as etnias
Serra Leoa	90%	Todas excepto os Crios
Sudão	89%	Não há informações
Tanzânia	10%	Shaga
Togo	50%	Não há informações
Uganda	5%	Não há informações

(FPFE, 2002)

Há que ter em conta que estas práticas não se devem atribuir a uma determinada zona do país, nem a uma determinada religião mas às próprias comunidades. Assim, dentro de um território e dentro de uma religião pode acontecer que comunidades que executem este ritual e outras não.

No continente Africano, as MGF existem e de forma pontual são também estendidas por grupos localizados, em países da península arábica (Bahrein, Oman, Yemen e Emiratos Árabes).

Também na Índia, uma pequena comunidade muçulmana mantém esta prática (Dandi Bohara). No Djibouti, Etiópia, Eritreia, Mali e Serra Leoa, Egito, Somália e Sudão, a prática da MGF está muito erradicada no entanto a sua prevalência ronda ou supera os 80% da população em termos de severidade da situação.

Como contraposição, a estes índices existem países como os Camarões, República Democrática do Congo, Níger, Senegal e outros situados fora da Africa SubSaariana que não excedem os 20%.

Entre os níveis de prevalência média, temos Benin, República Centro-Africana, Quênia, Costa do Marfim, Guiné, Guiné-Bissau, Gana e Togo, cujas estatísticas rondam 20-50%. Com alto índice, temos Burkina Faso, Chade, Libéria e Nigéria 50-80%.

Mulheres que vivam em meios urbanos são geralmente menos susceptíveis de praticar a MGF, excepto em Burkina Faso e Sudão. (FPFE, 2002)



Acordos e Convenções Nacionais e Internacionais

- Que instrumentos na erradicação da MGF?

A comunidade internacional, através de diversas agências das Nações Unidas (OMS, UNFPA, UNICEF e outros) e a União Europeia, pronunciaram-se em diferentes *fora*, convenções e declarações sobre as MGF, sobre os direitos humanos, os direitos das mulheres e os direitos das crianças.

A prática da mutilação genital feminina é um atentado aos direitos humanos básicos. Um atentado à vida, à liberdade e à segurança enquanto “Pessoas”.

“Pessoas estas” a quem se reconhecem em inúmeros acordos e quadros legislativos, o poder de decisão de desfrutar e controlar a sua vida sexual e reprodutiva, sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças ou mitos, ou outros factores psicológicos que inibam e/ou prejudiquem o seu relacionamento e/ou resposta sexual e saúde materna.

Estas práticas ancestrais têm sido proibidas por alguns Governos Africanos, mas não existe de momento legislação em todos os países.

Só alguns países é que aprovaram em seus parlamentos leis que sancionam esta prática (Senegal, Mali, Mauritânia e Gana). Estas medidas poderão ser um passo importante, apesar das estratégias para a erradicação destas práticas comportarem transformações sociais, religiosas e culturais mais amplas.

As raízes culturais e as relações de género devem, em nosso entender, ser contempladas na análise e intervenção, mas não só através da proibição legal ou decretos de lei, que dificilmente são respeitados, acatados e executados, em especial em zonas rurais onde reside maioritariamente a população feminina, destes países.

No Senegal, onde a MGF foi proibida por lei no ano 1999, as MGF continuam a existir, apesar de com menor probabilidade, mas ao passarmos a fronteira, na Gambia, esta prática é habitual, publicamente reconhecida e legitimada.

Apesar destas leis proibitivas, países como a Etiópia, onde a prevalência é de 85% - 90% e a proibição está expressa na constituição, é claro exemplo da necessidade de implementar actividades informativas e de prevenção com as comunidades afectadas.

As comunidades, e em especial, as jovens e mulheres, têm direito à informação, à igualdade de acesso de informação, à educação, de forma a preservarem a sua saúde e bem-estar, independentemente da sua idade, sexo, estatuto social e origem.

A convenção sobre a "*Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres*" promoveu, no ano de 1979, um intenso debate sobre os direitos das mulheres com especial referência às práticas e costumes tradicionais que colocavam em perigo os seus direitos, tais práticas e costumes foram considerados um atentado para a sua saúde física, psíquica e social.

Nesta convenção foi declarado o dever das entidades governamentais na adopção de medidas com vista à eliminação da discriminação das mulheres, com o refrear de actos e costumes considerados discriminatórios e a modificação ou abolição de leis já existentes que não tinham estes aspectos em consideração.

A tentativa de modificação dos padrões de condutas culturais e sociais de homens e mulheres foi também aconselhada, com o objectivo da eliminação de comportamentos que apresentassem como base ideais de "inferioridade ou superioridade" no género ou a estereotipia de comportamentos.

Deste modo reconheceu-se que as mulheres têm direito a programas de saúde e educação específicos, que fornecessem informações de modo a assegurarem o seu bem-estar, tal como o das suas famílias.

A mutilação genital feminina tem vindo a ser debatida cada vez mais ao longo dos últimos 20 anos. Entidades governamentais, activistas e organizações não governamentais dos diferentes países utilizaram e promoveram conferências mundiais para obterem consensos sobre o tema e ao mesmo tempo consolidarem esforços e recursos, regionais e nacionais, para a sua erradicação.

No ano de 1982, a Organização Mundial de Saúde declara formalmente nas Nações Unidas a sua posição no que respeita à mutilação genital feminina, tendo como base o *seminário sobre práticas tradicionais* realizado em *Khartoum (1979)*, referindo deste modo que:

- As Entidades Governamentais deveriam adoptar medidas claras a nível nacional para a abolição da prática da mutilação genital feminina e instalar programas, de modo a promover a informação e educação nas comunidades sobre as consequências da mesma;
- Os programas instalados para o combate desta prática, deveriam ter em conta as condições sociais e económicas adversas das comunidades alvo, tal como as necessidades e problemas específicos da população feminina;
- O envolvimento das organizações locais de mulheres, deveria ser encorajado, tal como a consciencialização e compromisso para a mudança, deveria começar a partir delas;

No ano de 1993, a declaração das Nações Unidas sobre a "*Eliminação da violência sobre as mulheres*", refere que o tema da violência deveria ser analisada a nível físico, sexual e psicológico, tendo em conta a violência no seio da família e incluindo a prática da mutilação genital feminina.

Em 1995, em Pequim, na *4ª Convenção sobre as Mulheres* realizada pelas Nações Unidas, concluiu-se que a existência de diferenças de "papéis" entre homens e mulheres seria a base ou um dos aspectos principais, por detrás da prática da mutilação genital feminina, e que uma das abordagens contra esta discrepância seria o investimento no "*empowerment*" das mulheres dentro das suas próprias culturas e comunidades.

Este facto conduz a uma mudança e à existência de um maior envolvimento e empenhamento das mulheres das comunidades onde a prática da mutilação genital ainda existe.

“Grupos de mulheres” contribuem para a monitorização dos progressos em relação à eliminação da mutilação genital feminina; ao promoverem a disponibilização e manutenção dos recursos criados sempre que as mulheres deles necessitem, ao promoverem a saúde, o desenvolvimento físico, psíquico e social.

Estes “grupos de mulheres”, ao estarem presentes, ao serem ouvidas e também ao lhes ser proporcionado uma visão e realidades diferentes da habitual podem funcionar como modelo e referência em situações de ajuda.

A UNICEF, o UNFPA e a OMS, já em 1997, expressaram conjuntamente o seu objectivo de apoiar, inclusive com financiamentos, os governos e comunidades nas diferentes iniciativas, para a eliminação da mutilação genital feminina.

O aumento do reconhecimento e consciencialização dos direitos das mulheres e crianças foi um marco de grande importância nessa tomada de decisão.

Quadro 4 – Conferências, declarações e acordos internacionais relacionados com o tema			
Ano	Documento	Texto	Organismo
1948	“Declaração Universal dos Direitos Humanos”	Art. 5 - “Ninguém deve ser sujeito a tortura ou a tratamentos e/ou punições cruéis e desumanas”	Nações Unidas
1966	“Convenção Internacional Sobre Direitos Cívicos e Políticos”	Art. 7 “Ninguém deve ser sujeito a tortura ou a tratamentos e/ou punições cruéis e desumanas”	-----
1975	“Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher” (México)	Programa da acção	Nações Unidas
1979	“Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres”	Art.5- Os estados devem tomar as medidas apropriadas para modificar os padrões sociais e culturais dos homens e mulheres, com o objectivo de eliminar todas as práticas prejudiciais que têm por base a ideia de inferioridade ou superioridade de géneros ou de estereótipos associados aos papéis de mulher e de homem.	Nações Unidas CEDAW
1980	“Conferência Mundial da Década das Nações Unidas para as Mulheres” (Copenhague)	Programa de Acção	Nações Unidas
1981	“Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos” (Carta de Banjul)	Art.4,5,16 e 18	Organização da Unidade Africana

1984	"Criação do Comité Inter-Africano sobre Práticas Tradicionais Prejudiciais para a Saúde das Mulheres e Crianças"	Declaração de Dakar, 1997. Declaração de Addis-Abeba, 1997. Declaração de Banjul, 1998. Declaração de Ouagadougou, 1999. Recomendação de Der-Es-Salam, Fevereiro, 2001	ONG Africana
1985	"III Conferência Mundial para a Revisão e Avaliação da Década das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz" (Nairobi)	Programa da acção	Nações Unidas
1989	"Práticas Tradicionais que Afectam as Mulheres e Crianças"	Resolução AFR/RC39/R9	Assembleia das Nações Unidas
1989	"Convenções das Nações Unidas sobre Direitos da Criança"	Art. 21 e 24.3	Nações Unidas
1990	"Mutilação Genital Feminina"	Resolução nº14, A/45/38	Comité para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres
1990	"Convenção sobre os Direitos da Criança"	Art. 19, "Os estados devem tomar as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais para proteger a criança de todas as formas de violência física ou mental, abusos ou tratamentos negligentes, por parte dos pais (ou representantes) incluindo o abuso sexual "	
1991	"Carta Africana de Protecção dos Direitos da Criança"	Art. 19	Organização para a Unidade Africana
1993	"Mulher, Saúde e Desenvolvimento"	Resolução AFR/RC43/R6	Assembleia das Nações Unidas
1993	"Conferência de Direitos Humanos" (Viena)	Programa de acção	Nações Unidas
1994	"Conferência sobre População e Desenvolvimento" (Cairo)	Programa de acção	Nações Unidas
1994	"Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar: Práticas Tradicionais Prejudiciais para a Saúde das Mulheres e Crianças"	Resolução OMS 47.10	OMS
1995	"IV Conferência sobre a Mulher (Beijng)"	Programa de acção	Nações Unidas

1997	"Mutilação Genital Feminina"	Declaração conjunta	OMS, UNFPA, UNICEF.
1998	"Práticas Prejudiciais que Afectam as Mulheres e Crianças"	Informação do Secretário-Geral A/53/354	Assembleia das Nações Unidas
2001	"Mutilações Genitais Femininas"	Informação A5-0285/2001	Parlamento Europeu
2001	"Mutilações Genitais Femininas"	Resolução 2001/2035 (INI)	Parlamento Europeu
2003	Afro-Arab Expert Consultation on "Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation"	Declaração do Cairo Conjunta Para a Eliminação da MGF	Afro-Arab Expert Consultation

Programas de prevenção e informação

O aumento de informação, o questionar de tabus em relação ao tema da sexualidade, das expectativas e comportamentos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens, constituem encorajamento para a mudança de comportamento e eventuais rupturas com mitos e falsas crenças acerca da prática da mutilação genital.

Também os movimentos migratórios e os movimentos de refugiados, tanto no interior dos continentes, como a nível mundial, as diferenças e assimetrias de comportamentos entre homens e mulheres, torna a prática da mutilação genital feminina, uma questão debatida internacionalmente e considerada um atentado aos direitos humanos fundamentais.

Apesar das resoluções legislativas, dos consensos e esforços de organizações e instituições no combate à mutilação genital feminina, inclusive com programas de sensibilização e informação dentro das comunidades e não só, é essencial não esquecer, de todo o "background" associado à ingerência nos *assuntos internos da comunidade* ou no não *respeito pelas diferenças*, sem no entanto fazer uso sistemático e sectorial do relativismo do "*relativismo cultural*", que por vezes tudo parece justificar.

Profissionais e técnicos ligados a esta problemática são aconselhados a ter em conta os seguintes aspectos: tipo de procedimento/mutilação; consequências físicas e psicológicas a curto e longo prazo; idade em que a prática é executada; prevalência do fenómeno em determinadas comunidades, factores sócio-culturais e económicos associados, que influenciam a existência e permanência da mutilação genital feminina em vários países, tornando a sua erradicação um obstáculo.

A interacção entre profissionais de saúde e comunidades afectadas, serve como base para a elaboração e preparação de programas de intervenção no terreno com as populações que praticam a mutilação genital feminina.

A educação e sensibilização de profissionais de saúde também nos países ocidentais é cada vez mais necessária, uma vez que lhes fornece competências técnicas adequadas para lidarem e identificarem mais facilmente as possíveis vítimas desta prática.

O trabalho junto da população masculina é cada vez mais importante, uma vez que homens e rapazes são os parceiros ou futuros parceiros das mulheres e raparigas vítimas de mutilação, sendo, por isso, necessário a sua sensibilização e consciencialização para os problemas de saúde física e mental que estas mulheres apresentam, bem como, as suas consequências num contexto de saúde sexual e reprodutiva individual, de casal, familiar e de comunidade.

Surge a necessidade de trabalhar com estas mulheres e crianças, transmitindo-lhes conhecimentos e informações mais precisas sobre o seu corpo, a sua sexualidade, em especial do seu sistema reprodutivo, a função de cada órgão e as consequências negativas que a mutilação genital apresenta.

A passagem desta informação deverá ser clara, precisa, consistente e também culturalmente aceite, utilizando o envolvimento das comunidades locais no planeamento, realização, implementação e participação de actividades.

Actividades estas, que considerem as diferentes necessidades do grupo, os seus valores, aspirações, expectativas, conflitos, grupos de referência, podendo mesmo ser necessário a criação de alternativas para a execução dos diferentes rituais.

O desenvolvimento de acções e políticas específicas, que apresentam como prioridade programas educacionais de suporte às mulheres e raparigas vítimas/sobreviventes da mutilação genital, são cada vez mais importantes no trabalho com comunidades migrantes.

Os programas específicos a desenvolver devem assentar em reflexões de género específico, que debatem noções e conteúdos como: "ser homem e ser mulher", "maternidade e paternidade", "trabalho com pais e mães", "planeamento familiar" e outros aspectos que incluam temáticas consideradas atentatórias aos direitos humanos como por exemplo: a prostituição infantil, os casamentos precoces, as várias formas de violência (psicológica, física e social), o preço da noiva, a mutilação genital e todas as práticas nocivas que advenham de costumes, crenças e tradições locais.

Antes de qualquer iniciativa de construção de um programa de intervenção ou mesmo no que respeita à tomada de decisões a nível político, é de extrema importância determinar quais os alvos principais a serem analisados, ou seja, poderá ser necessário a realização de uma avaliação dos benefícios económicos e sociais que advém da prática da mutilação genital feminina e o impacto que irá ocorrer com a sua erradicação.

Nomeadamente no que diz respeito aos executores desta prática, excisadores ou mesmo médicos, que irão perder uma fonte de rendimento económico e mesmo um determinado estatuto social.

Deste modo, será necessário a procura de alternativas de subsistência para os mesmos, alternativas essa que terão consequências nas taxas de sucesso dos programas implementados.

A realização de parcerias com líderes locais, excisadoras e outras figuras de referência são fundamentais.

A sensibilização da população para a existência de um ritual de passagem e integração por outro que, mantendo a mesma carga simbólica, função sócio-cultural e de identidade e que não atente a saúde e direitos das mulheres e raparigas poderá também ser uma alternativa nos programas de "reeducação" destas populações.

Uma vez que as comunidades são dinâmicas, significa que todos os projectos e programas deverão ser flexíveis, permitindo a abertura de sucessivas discussões com reuniões planeadas, nas quais sejam discutidos e examinados os planos de acção promovendo ao máximo a participação e envolvimento da população.

A Organização Mundial de Saúde alerta para o facto de comunidades migrantes poderem continuar a prática da MGF ou mesmo a existência de mulheres que tenham sofrido mutilação nos seus países de origem necessitarem de cuidados de saúde especiais (quer ao nível físico, quer a nível psicológico).

Programas de intervenção poderão ser desenvolvidos após avaliação do risco e localização de comunidades migrantes, com vista na identificação das mulheres e raparigas que tenham sofrido ou possam vir a sofrer atentados contra a sua integridade física e psicológica.

A MFG ao discriminar as mulheres e também grupos sócio-económicos específicos, promove esta desigualdade, logo, as estratégias de acção devem ir de encontro à fomentação da igualdade e autonomia de géneros evitando sempre discursos estigmatizantes a determinados grupos étnicos.

Por outro lado, recomenda-se englobar a MGF num grupo mais amplo das práticas tradicionais nefastas/prejudiciais à saúde das mulheres e raparigas, nas quais são também englobadas por exemplo, a prática de “sexo seco”, casamentos prematuros e forçados, gravidez precoce, práticas estas que estão relacionadas com a sexualidade e reprodução e que devem ser abordadas em torno da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, famílias, crianças e adolescentes.

Quando se trabalha e aborda o tema da MGF será aconselhável ter em atenção as estruturas e relações de género que são culturalmente construídas.

Todos os grupos sociais têm estabelecido nas suas comunidades rituais de transição que marcam a condição e papel dos indivíduos na sociedade e que permitem ou reforçam a construção de uma determinada “identidade”.

O tempo histórico e com a evolução das sociedades estes rituais vão sendo diluídos ou alterados, no entanto em determinadas comunidades nas quais a coesão social é muita extensa e forte, as diferentes etapas da vida de uma pessoa são marcadas claramente por diferentes rituais, que têm como objectivo o reconhecimento público que o sujeito possui as atitudes e qualidades necessárias para assumir um novo papel na sua comunidade.

Em todas essas etapas da vida, os rituais constituem uma parte intrínseca da identidade de uma pessoa como indivíduo e como membro do grupo, o que provoca a existência de um ciclo delicado e complexo de quebrar.

Como planejar estratégias?

Se conhecermos as razões que as próprias populações têm para a manutenção das MGF, vemos que é possível fazer a desconstrução das mesmas enfatizando as consequências visíveis e frequentes que estas “operações” implicam, como a esterilidade, infecções e as hemorragias que podem surgir do ferimento.

Recomenda-se que outra estratégia de intervenção tenha como objectivo a realização de um trabalho comunitário no qual os homens possam participar, sendo informados e tomando consciência da responsabilidade face aos problemas que afectam e incidem directamente na saúde das mulheres e raparigas.

Assim como a sua repercussão no bem-estar da própria comunidade e consequências socio-económicas e psicológicas para o grupo familiar.

Algumas experiências realizadas em África (Quênia e Tanzânia) demonstram que é possível manter a estrutura do ritual eliminando a parte física de agressão e de dor (o próprio ritual de corte e não só).

Também na Guiné-Bissau existe este trabalho com a comunidade, o Fanado Alternativo, que mantém todo o processo e as etapas do mesmo à excepção do corte do genital.

Chamar os homens no envolvimento do tema, tem grandes repercussões na sua erradicação, sem necessidade de eliminar completamente o sentido do ritual de iniciação.

Nos países que existem dados acerca do posicionamento dos homens face à MGF, os resultados apontam para o facto dos homens serem menos susceptíveis que as mulheres a continuar com a MGF (o caso da Guiné Conacri - 68% das mulheres apoiam a MGF em relação a 52% dos homens.)

O mesmo ocorre em Eritreia onde 57% das mulheres em relação a 46% dos homens encontra-se a favor desta prática.

Legislação

A MGF é hoje um fenómeno internacional, quase todos os estudos e organismos internacionais pronunciam-se acerca desta e outras práticas tradicionais prejudiciais para a saúde de mulheres e crianças. Na actualidade existe um conjunto permanente de eventos internacionais que debate estas práticas que vulnerabilizam os direitos fundamentais das mulheres e crianças.

Ao existir em 28 países africanos, os movimentos de pessoas para zonas como os EUA, Europa, Austrália e Nova Zelândia em busca de oportunidades e melhores condições de vida, propiciaram existência das mutilações genitais femininas nessas sociedades de acolhimento, apesar de serem contrárias às normas jurídicas locais.

Perante esta situação, tanto a comunidade internacional em seu conjunto, com os estados a nível individual, consideraram necessário criar recursos, com maior ou menor precisão, para erradicar as MGF das suas realidades sociais.

Nesse desencorajamento, as medidas jurídicas não são suficientes como já foi referido anteriormente. Não podem ser vistas como a “medida necessária para acabar com”.

Poderá ser mais produtivo o posicionamento de esforços a nível de campanhas de sensibilização, educação e informação dirigidas às populações imigrantes ou a programas de prevenção da MGF nos países de origem centrados na saúde e com intervenção sócio-cultural.

Relatórios especiais da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, referem que a “condenação judicial das MGF não deve ser o último recurso, quando a educação, a informação e a existência de outros mitos, que não atentem contra a integridade não tiverem resultados desejados. A capacitação, informação e educação, particularmente em países de alto risco e índice de imigração, são os melhores meios para lutar eficazmente contra as práticas tradicionais mais nocivas e fazer sair as mulheres e crianças do obscurantismo e da violência.”



Quadro 5 – Situação legislativa das MGF no Continente Africano

País	Legislação Aplicada	Penalização	Outras medidas
Benin	Não há legislação específica no Cod. Penal, Possibilidade de aplicar os art. "de feridas intencionais ou cortes"	Diferentes sanções	Algumas actividades em zonas rurais sobre os risco para a saúde que contemplam a MGF
Burkina Faso	Proibição expressa lei aprovada em 1996	Pena de 6 meses a 10 anos dependendo da gravidade das sequelas e multas de 50.000 a 900.000 francos	Programas de prevenção, educação etc.
Camarões	Não há nenhum artigo específico do Cod. Penal. Possível aplicação do art. "a danos físicos graves"	De 10 a 20 anos de prisão	Campanha contra as práticas tradicionais prejudiciais para as mulheres (Min. dos assuntos da Mulher, ONG's de Mulheres)
Chade	Não existe legislação, possível aplicação nos art. 252 a 254 do Cod. Penal (integridade corporal)	Mutilação de um membro pode ir até 10 anos de prisão e multa de 500 francos	Não existem
Costa do Marfim	Lei específica de 1998	Até 5 anos de prisão mais multa, será o dobro se for realizado por um P. saúde e se ocorrer a morte poderá ir até 20 anos de prisão	Não existem
Egipto	Código penal não faz menção específica, no entanto o art. 240 "sanciona aqueles que o pratiquem"	3 anos de prisão mais trabalhos forçados a 10 anos de prisão se existiu intenção, 3 a 7 anos se provoca a morte	Min. Saúde a proibiu a execução em hospitais públicos
Eritreia	Não figura no Cod. Penal. Possível aplicação do conceito " danos graves "	Até 10 anos de prisão	Campanhas para a sua eliminação (Min. da Saúde e Educação)

Etiópia	Não há proibição específica no Cod. Penal. Possível aplicação dos art. relativos a “ofensas contra a pessoa e a saúde”	Até 10 anos de prisão	O governo apoia a eliminação da MGF, mediante campanhas de sensibilização
Gâmbia	Não há menção específica. Possível aplicação no art. “danos graves”	Até 7 anos de prisão	Apoio de ONG’s em campanhas para a eliminação desta prática
Gana	É considerado um delito desde 1994 segundo o art. 64	Prisão por um período mínimo de 3 anos	Várias estratégias para erradicar, através do <i>Serviço de Políticas</i> em saúde sexual e reprodutiva
Guiné Bissau	Não há referência no Cod. Penal. Possível aplicação dos art. “danos físicos intencionais”	Diferentes sanções segundo os danos físicos	Iniciativas por parte do Min. de assuntos da Mulher e Educação
Guiné Equatorial	Considerada delito de castração Segundo o art. 265 do Cod. Penal	Trabalhos forçados , em caso de morte da vítima o executor é condenado á morte e executado	Declaração do Governo
Quênia	A proposta para a criminalização da MGF foi recusada. Possível aplicação as normas relativas a “crimes graves contra a vida e a saúde”	De 1 a 5 anos, segundo a gravidade da situação	Declarações do governo condenando a MGF, proibições para prof. de saúde, educação.
Libéria	Não há legislação específica. Potencialmente aplicável ao art. 242 “privação de um membro”	Prisão até 5 anos	Existência de um Comité Nacional Contra as Práticas Tradicionais Prejudiciais para as mulheres e raparigas
Mali	Não há lei específica no Cod. Penal. Possível aplicação dos art. 166 e 171 que sancionam os actos “de violência contra uma pessoa”	Penas desde 1 anos até 20 anos de prisão de trabalhos forçados em caso de morte da vítima	Existência de um Comité Nacional Contra as Práticas Tradicionais Prejudiciais para as mulheres e raparigas, apoiado por ONG’s e o desenvolvimento de um programa para a erradicação da MGF até 2007
Mauritânia	Art. 285 do Cod. Penal estabelece penas para “adultos que intencionalmente provoquem feridas e amputações em outrem” , onde a MGF poderia ser enquadrada	Sanções desde 10 dias a 2 anos de prisão acrescidos de multas	O governo terá editado um guia sobre os direitos da mulher no qual confirma os malefícios da MGF para a saúde das mulheres e que não existe esta exigência por parte do Islamismo
Níger	Não há proibição expressa no Cod. Penal. Possível aplicação das normas que regulam as “feridas e golpes intencionais”	De 3 a 2 anos de prisão, 8 anos em casos de mutilação e 20 em caso de morte	O Min. da Saúde em 1997, criou um programa de Acção para a Eliminação de Todas as Formas de MGF
Nigéria	Não há legislação específica, possível aplicação do art. 204 “danos”	Até 14 anos de prisão no caso de mutilações	O Min. da Saúde dispõe de uma política específica sobre MGF cujo principal objectivo é a eliminação da prática

Mutilação Genital Feminina

República Centro Africana	Lei de 1996 , do Presidente Bossaka a abolir a MGF em todo o país	Até 2 anos de prisão e multas	Campanha de educação do Min. de Assuntos Sociais destinada a abolir a prática
República Democrática do Congo	Não há proibição expressa. Possível aplicação do Art. 46 e 48 “danos corporais intencionais”	De 8 a 20 anos de prisão (em caso de morte)	Não existem
Senegal	Proibida desde 1999, segundo o art. 299	De 6 meses a 5 anos de prisão. Em caso de morte, trabalhos forçados	Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva do Min. da Saúde que inclui medidas políticas, legislativas, sensibilização, educação etc.
Serra Leoa	Não existe legislação específica. Possível aplicação sobre prevenção da crueldade contra crianças	Multas e prisão de 6 meses a 2 anos	Não existem
Somália	Não há proibição específica. Possível aplicação teórica dos art. “que regulam os danos à integridade física”	De 3 meses a 7 anos de prisão	Todos os avanços estão parados desde 1991, com a complicação da situação política do país.
Sudão	Não há lei específica, possibilidade remota de se aplicar o art. de “danos”	De 6 meses a 5 anos de prisão	Seminários e custos dirigidos aos executores através de ONG’S e da Organização para a Erradicação das Práticas que Afectam a Saúde das Mulheres e Raparigas
Tanzânia	Existe desde 1998 uma lei que condena a MGF, incluindo-a dentro dos actos de “crueldade para com as crianças”	De 5 a 15 anos de prisão e/ou multas	Programas educativos e sensibilização por parte do Min. da Saúde
Togo	Explicitamente proibida desde 1998	De 2 meses a 10 anos de prisão. Também existem penas até 1 ano de prisão para quem tenha conhecimento de alguma situação de MGF e não informe	Comité sobre práticas tradicionais prejudiciais para a saúde das mulheres e raparigas
Uganda	Não há legislação específica, poderá ser aplicada nas normas sobre “danos graves”	Até 7 anos de prisão	O estatuto do menor estabelece que é ilegal submeter a criança a práticas perigosas para a saúde
Djibuti	Reformas do Cód. Penal em 1995 , para incluir um artigo abolindo expressamente a MGF	5 anos de prisão e multa de 1 milhão de francos	Os Min. da Saúde, Justiça e Educação colaboraram com ONG’s

Países como o Reino Unido, França, Suécia, Noruega, Austrália, Canadá e Estados Unidos da América, nos quais as comunidades imigrantes têm origem em países onde as práticas da mutilação genital feminina existem, criaram leis e programas específicos, a desencorajar e/ou criminalizar a mesma.

Em França existem processos judiciais a serem avaliados, relacionados com a MGF, todos eles com resultados de pena de prisão para a pessoa que a praticou, assim como para os pais.

Neste país há população imigrante de 20 países, na sua maioria, africanos onde se praticam a MGF (maior incidência Senegal, Mali e Costa do Marfim).

Os dados que existem relativos a Portugal são provenientes de um estudo realizado pelo Centro Internacional de Saúde Reprodutiva (ICRH, Bélgica, 1998), que indica a possibilidade de Portugal ser considerado um país de risco (pela OMS) no que respeita à MGF.

Não existindo nenhum estudo oficial a este nível, no entanto existem licenciaturas onde é possível encontrar trabalhos de campo sobre a matéria.

Os números abaixo indicados são referentes a 1997, apresentados no estudo do ICRH.

Quadro 6 – Países com Mutilação Genital Feminina		
País de origem	Nº imigrantes (1997)	Nº de mulheres
Guine-Bissau	12.785	3.376
Guine-Conacry	202	9
Quénia	286	105
Senegal	334	33
Tanzânia	324	145
Zaire	198	70
Outros	458	106

Direcção Geral dos Assuntos Multilaterais do Ministério dos Negócios Estrangeiros, 1997

Quadro 7 – Situação legislativa da MGF na Europa			
País	Legislação	Penalização	Outra Medidas
Albânia	Proibição expressa no Código Penal. art. . 224 e 226 (danos graves contra a integridade física) Considerada por unanimidade como violação	Até 10 anos de prisão	Políticas de prevenção e cooperação com África (Eliminação da MGF é considerada prioritária na política de ajuda ao desenvolvimento)
Bélgica	Condena a MGF no art. 409 da Lei de 28 de Novembro 2000 para a protecção de menores	Até 10 anos de prisão	Plano de futuro para a política de Cooperação ao desenvolvimento.
Dinamarca	Proibição expressa. Art.245 do código penal	Até 4 anos de prisão	Campanhas de informação dirigidas a imigrantes. Protecção ás refugiadas. Programas educativos em países africanos.
França	Estabelecida com delito de violência. Art.312-3 do código penal francês	Multas de um milhão de Francos, até 30 anos de prisão	Diversas comissões apoiando a abolição de qualquer tipo de mutilação genital. Criação do comité Inter-africano de Cooperação. Apoio e informação a imigrantes
Holanda	Art.300 e 436 do código Penal (abusos físicos)	Até 10 anos de prisão, com agravante no caso de serem os culpados os próprios país das vítimas	O governo Holandês, com o Min. da Cooperação e Desenvolvimento apoia diversas Associações que trabalham na erradicação da MGF, considerando-as “inaceitáveis em qualquer país”
Itália	Não existe uma lei específica. Possível aplicação dos art. 582 e 583 do Cod. Penal, referidos a danos pessoas	Até 12 anos de prisão	Iniciativa de ONG’S
Noruega	Proibição expressa deste 1995	Até 8 anos de prisão	Protecção por parte dos serviços sociais a menores em risco de MGF
Portugal	Não há lei específica, enquadra-se na aplicação dos artigos que remetem para “danos à integridade física das pessoas”, art. 144	De 3 a 10 anos de prisão	Plano Nacional contra a Violência Doméstica
Reino Unido	Delito específico no C. Penal deste a aprovação da Acta de proibições da MGF em 1985	Até 5 anos de prisão	Qualquer abuso ao ser considerado existe uma organização da segurança da criança. Existem programas específicos a nível internacional centrados na erradicação da MGF

Suécia	Proibição expressa desde 1982, revista em 1998 com o objectivo de agravar as penas	Até 10 anos	Protecção a menores, prioridade da Agência Suécia da Cooperação Internacional dentro do programa de Saúde Sexual e Reprodutiva
Suíça	Não existe legislação específica. Possibilidade de aplicar o art. 122 do Cod. Penal, referido a danos graves corporais	Varia segundo o delito e a sua gravidade	Não existem

Como já foi salientado, qualquer iniciativa para erradicar a MGF passa por actuar fundamentalmente nos países de origem, no entanto a tendência para a manutenção das regras e tradições por parte dos imigrantes pode surgir fortemente como que de modo a serem aceites aquando ao regresso à sua comunidade de origem. Deverão existir medidas de protecção para as mulheres e raparigas que podem ser vítimas de MG e aceitar os pedidos de asilo, caso seja solicitado a alteração das leis e adopção de medidas apropriadas pode existir. Diversas associações e agências internacionais alertam para a alteração das leis para que as mulheres e raparigas sejam protegidas independentemente da realização da prática no exterior ou interior do país. A penalização da prática de delito deve recair sobre pessoas que executam o ritual e estar agravado em casos de ser um profissional de saúde a realizá-lo. No caso dos progenitores deve ser avaliada a situação e actuar de forma a beneficiar a rapariga. Deverão ser tomadas as medidas necessárias para garantir que qualquer pessoa que chegue ao país tenha conhecimento que a prática da MGF é segundo a legislação do país uma violação dos direitos humanos.



Mutilação Genital Feminina

- Uma realidade no Mundo Lusófono?

Dados da OMS, e outras agências internacionais, apontam para cerca de 130 milhões de mulheres e crianças já submetidas ao corte dos genitais femininos e para 2 milhões em risco de serem sujeitas a esta prática em mais de 30 países, alguns dos quais falam a nossa língua, o português.

Portugal é considerado pela OMS um país de risco, no que respeita a esta prática tradicional.

Por um lado, a existência de comunidades de imigrantes residentes no nosso país, e oriundas de locais onde a MGF existe, pode estar na origem da prática em território nacional... possivelmente como forma de manutenção da sua cultura.

Por outro lado, residem em Portugal mulheres que foram vítimas da MGF nos seus países de origem e que podem necessitar de intervenções específicas ao nível da saúde física e mental.

A Associação para o Planeamento da Família, em estreita colaboração com parceiros internacionais e nacionais, identificou, em 1999, a necessidade de trabalhar esta temática, tendo integrado a MGF nos seus planos de actividades.

O trabalho está a ser desenvolvido em três vertentes, ao nível da saúde, ao nível dos direitos das mulheres e crianças e ao nível da cooperação e desenvolvimento, em estreita articulação com o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), outras agência das Nações Unidas, institutos de investigação europeus e ONG'S de vários países.

Em Dezembro de 2003 a 1ª fase do projecto da APF foi concluída, sendo a segunda fase do projecto, programada para início de 2004.

Objectivos do Projecto

Os objectivos do projecto elaborado pela APF foram:

1. Desenvolver actividades de *advocacy* e *mainstreaming* sobre a MGF, com Organizações Não Governamentais, Departamentos Oficiais e Parlamentares, que trabalham em áreas relacionadas directa ou indirectamente com a MGF.
2. Sensibilizar e alertar os profissionais de saúde para a existência da MGF, das consequências físicas e psicológicas na saúde das raparigas, mulheres, casais, famílias e dos seus direitos.
3. Obter e recolher dados através da elaboração de um questionário a ser respondido por profissionais de saúde.
4. Promover formação específica a profissionais de saúde na área da MGF.

5. Recolher dados através de entrevistas realizadas a profissionais de saúde, imigrantes e outros.
6. Suscitar o debate, discussão e organização de estratégias de trabalho com comunidades envolvidas e sociedade em geral.
7. Contribuir para o desencorajamento e erradicação da MGF com a actuação directa de parlamentares, profissionais das diferentes áreas necessárias para esta abordagem do tema e dos grupos específicos afectados.

Metodologia

1. Identificar pessoas alvo para a criação de um grupo de trabalho na área da MGF, em Portugal;
2. Ter acesso às suas opiniões e actividades na área da MGF,
3. Desenvolver um questionário para Profissionais de Saúde;
4. Organizar de um seminário sobre mutilação genital, com ênfase nas diferentes áreas de intervenção, ou seja, saúde, educação e prevenção, legislação, etc.

Actividades organizadas

1. **Identificação de “grupos ou pessoas chave”**

Os grupos ou pessoas de referência foram identificados através da literatura, artigos e estudos realizados e apresentados em conferências, encontros internacionais e pela Internet. Poderemos salientar a existência do trabalho em rede com algumas instituições internacionais e ONG'S que trabalham especificamente nesta área, em países como por exemplo, Espanha, Bélgica, Itália, Guiné-Bissau, entre outros.

Na Guiné foram contactadas as Associações Sinin Mira Nâssique e os Jovens em Bafatá.

Em Portugal foram identificadas Associações e Instituições que trabalham com migrantes, na área da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos, igualdade de oportunidades e de género, assim como dos direitos da mulher e criança.
2. **Recolha de material e dados sobre MGF (nacional e internacional)**

Inicialmente procedeu-se à identificação e selecção de estudos, artigos, acordos internacionais e de associações que trabalham nesta área. Selecção inicial realizada teve em consideração os diferentes países onde a MGF é praticada.

Atendendo aos processos migratórios, foi posteriormente realizada uma pesquisa da situação, a nível do continente europeu e não só, uma vez que a movimentação das comunidades indica que a MGF continua em territórios de acolhimento, de modo a perpetuarem as suas tradições culturais e origens.

Sentiu-se nomeadamente necessidade de pesquisa sobre os programas de actuação aos diferentes níveis em países de acolhimento, uma vez que também Portugal é país receptor destas populações.

3. **Elaboração de dossier temático**

Após a recolha de informação foi compilado um dossier base, enviado a algumas instituições/ organizações em Portugal consideradas elementos importantes para o trabalho de parceria e para a realização deste projecto.

O mesmo dossier foi enviado a parlamentares que constituem o Grupo Português de Parlamentares sobre População e Desenvolvimento da Assembleia da República.

4. **Elaboração de artigos e poster sobre MGF**

Também foram elaborados alguns artigos sobre MG que constam no Dossier de Informação da APF, assim como um Poster apresentado na reunião anual da EURONGOS, em Helsínquia.

5. **Organização de um Seminário sobre MGF**

A APF, fazendo parte do grupo de ONG'S do Conselho Consultivo da CIDM, propôs ao mesmo a constituição de um grupo de trabalho sobre a MGF que simultaneamente elaborou e organizou um seminário MGF com o objectivo de:

- Conhecer a situação da MGF no mundo, os parceiros nacionais e internacionais;
- Contextualizar a MGF nos diferentes acordos internacionais e a legislação portuguesa;
- Debater a MGF no contexto dos direitos humanos e de saúde;
- Identificar estratégias de actuação na MGF, em Portugal e em países em desenvolvimento.

6. **Desenvolvimento de um Questionário sobre MGF**

Foi construído um questionário de opinião a profissionais de saúde. Todo esse processo de construção do instrumento de avaliação e obtenção de autorizações para a sua passagem, assim como a entrega e recepção dos questionários decorreram entre Abril e Outubro de 2003, tendo sido um processo bastante demorado, e que tomou grande parte do tempo do Projecto delineado pela APF, para a área da MGF.

Nas páginas que se seguem procederemos à apresentação e análise dos resultados obtidos a partir dos questionários que tiveram retorno.



Questionário para Profissionais de Saúde

Para a realização deste questionário partimos com alguns pressupostos:

- Primeiro - A MGF é uma prática tradicional susceptível de colocar em risco a saúde física e psíquica das raparigas e mulheres que dela sofrem ou que estão em risco de a sofrer.
- Segundo - A MGF é identificado como uma violação aos direitos da criança, aos direitos da mulher e aos direitos humanos.
- Terceiro - Os destinatários do estudo, pela sua área de intervenção, são privilegiados numa melhor percepção do problema, pois encontram-se numa posição de maior proximidade e influência nos cuidados de saúde.
- Quarto - Existe uma ligação directa entre a possibilidade de detecção e também de prevenção da MGF e as áreas de intervenção de profissionais de saúde.

Objectivos gerais da investigação

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

Objectivos específicos

Ter acesso ao nível de informação e opinião dos profissionais de saúde sobre a MGF, no que respeita:

1. Conhecimento geral e específico de cada indivíduo;
2. Conhecimento específico do tema;

3. Conhecimento da existência da prática da MGF, nº de situações observadas, pedidos de realização das mesmas e observação de mulheres com sequelas provocadas por MGF em território nacional;
4. Legislação existente em Portugal sobre a MGF (ou sua possível aplicação, e/ou impacto);
5. “MGF assistida” e existência de um protocolo de actuação em situações de MGF;
6. Papel dos técnicos de saúde no trabalho com crianças e mulheres que tenham sofrido ou possam vir a sofrer de mutilação genital, e comunidade em geral;
7. Possíveis estratégias de actuação;

Metodologia

O presente estudo tem um carácter exploratório e descritivo, tendo sido desenvolvido um instrumento de avaliação para a recolha dos dados:

Para a construção do instrumento da avaliação tivemos em conta o estudo realizado por Els Leye, do Centro Internacional de Saúde Reprodutiva (ICRH, 1998).

O estudo realizado em 1998, através do Programa Daphne da Comissão Europeia, foi um trabalho elaborado pelo ICRH em colaboração com o Instituto Tropical de Amesterdão (KIT) e o instituto de Defesa Internacional da Criança, secção da Holanda (DCI).

Os objectivos deste estudo foram:

1. Descrição da legislação existente e do seu impacto;
2. Descrição das actividades/práticas médicas e existência de um código de conduta (ou sua sugestão);
3. Compreensão das diferenças sócio-culturais e os diferentes tipos de opinião, e integra-las no esforço conjunto Europeu para a erradicação da MGF.

O questionário por nós elaborado, como já foi referido, teve por base este estudo, no entanto foi sentida a necessidade de proceder à adaptação de algumas questões (tendo sido acrescentadas umas e retiradas outras), conforme os objectivos do estudo.

Limitações do Estudo

Será necessário salientar que, sendo este estudo exploratório e descritivo, as conclusões retiradas têm que ser devidamente ponderadas, reflectidas e entendidas à luz da dimensão e características da amostra que as suporta.

No entanto, é nossa convicção que este facto não diminui o interesse do estudo, uma vez que os resultados poderão permitir o levantamento de aspectos relevantes e de questões de estudo que encaminhem futuras investigações.

Instrumento utilizado

O questionário foi desenvolvido tendo em conta os aspectos sócio-culturais, médicos e legais da MGF foi constituído em torno de 25 questões, desdobradas por escolha múltipla e por resposta aberta e fechada, com o objectivo de obter as opiniões dos profissionais inquiridos.

O questionário, como se referiu anteriormente, foi construído com base na tentativa de conciliação entre critérios considerados importantes em estudos similares, e a nossa realidade sócio-cultural (anexo 1).

As questões foram agrupadas em seis categorias:

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

Seleção da amostra e procedimento

Após a elaboração do questionário de opinião, contactaram-se diversos centros de saúde e instituições hospitalares da área da Grande Lisboa; no caso dos centros de saúde, após acordo da Sub-Região de Saúde de Lisboa.

Os Questionários, foram distribuídos na zona da Grande Lisboa, com o pressuposto de que seria aí que existia e existe uma maior concentração de população de imigrantes de origem Africana e que estes são utilizadores dos serviços de saúde pública.

Foram, assim, seleccionados 5 centros de saúde na área do concelho da Amadora - uma vez que existe uma maior concentração de imigrantes nesta zona; foram ainda escolhidas mais 2 instituições de saúde - um hospital e uma maternidade.

Estas duas últimas instituições foram seleccionadas, mais uma vez pelo facto de serem receptores de populações imigrantes e daí poderem ter acesso a situações de MG.

Os Centros de Saúde da amostra foram:

Centro de Saúde da Venda Nova
Centro de Saúde da Reboleira
Centro de Saúde da Reboleira, extensão Damaia
Centro de Saúde da Amadora
Centro de Saúde da Venda Nova, extensão Brandoa

As instituições hospitalares foram:

Hospital Fernando da Fonseca
Maternidade Alfredo da Costa

Nestas instituições os questionários foram preenchidos por médicos e enfermeiros dos serviços de clínica geral, obstetrícia, pediatria, medicina fetal e puérparas e bloco de partos.

Para a selecção da amostra foi tido em consideração que os questionários fossem preenchidos apenas por médicos e enfermeiros das diferentes especialidades, sendo esta a variável controlada no nosso estudo.

Caracterização da amostra

É importante referir que dos 500 questionários enviados obtivemos 151 de resposta - cerca de 30% dos questionários enviados.

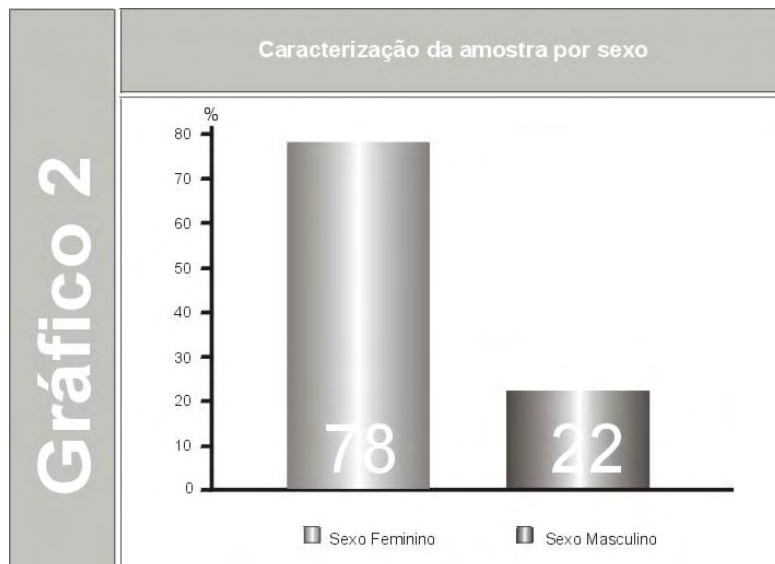
A distribuição e preenchimento dos questionários decorreram entre Junho e Setembro, em pleno período de férias, o que poderá ter influenciado a adesão ao preenchimento.

Estamos a falar de 151 indivíduos, médicos e enfermeiros. No Gráfico 1 vemos que o grupo de enfermeiros constitui 46% da amostra, 70 indivíduos e o grupo dos médicos 53%, ou seja, 80 sujeitos.

1% Não apresentou a sua categoria profissional, pelo que não foi possível a sua inclusão em nenhum dos grupos.



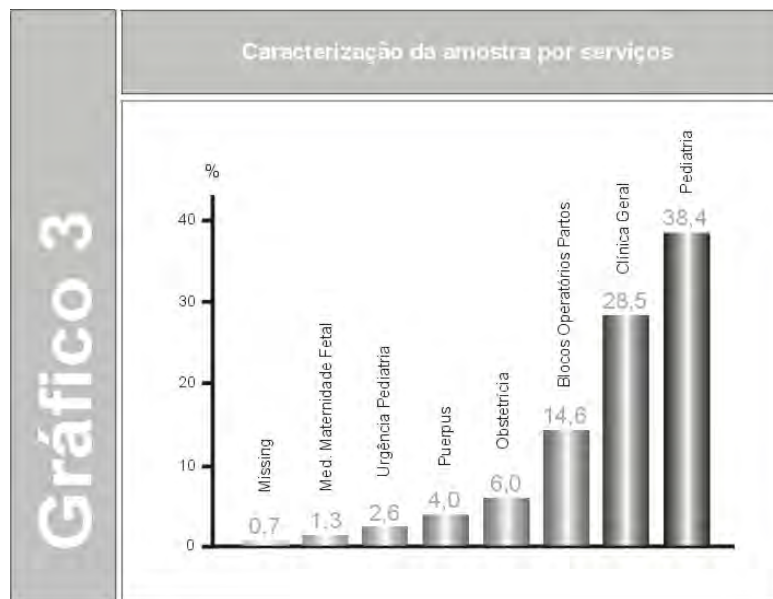
Fazendo uma caracterização da amostra em relação ao sexo dos indivíduos (Gráfico 2), podemos observar que 118 indivíduos pertencem ao sexo feminino, 78%, em comparação com 33 indivíduos que pertencem ao sexo masculino, 22%.



Seria importante salientar que este aspecto não foi controlado aquando a passagem dos questionários, por não ter sido considerado relevante para os objectivos do estudo.

Os questionários foram preenchidos na maior parte da amostra por profissionais de saúde dos serviços de pediatria, obstetrícia (bloco de partos) e clínica geral, como poderá ser visualizado no Gráfico 3.

Não tivemos acesso aos dados referentes às diferenças de género das populações destas instituições; no entanto seria expectável a neutralidade das respostas.

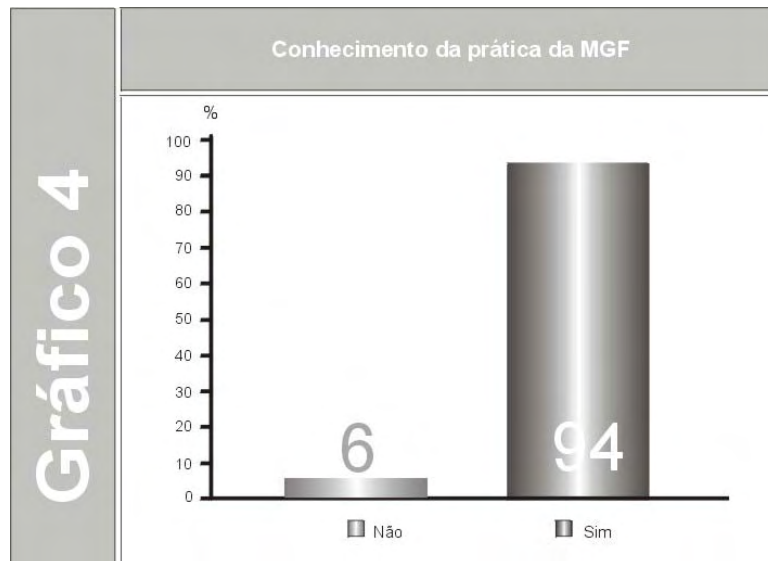


Apresentação dos resultados (frequências descritivas)

A primeira pergunta do questionário remetia para o conhecimento do tema da MGF. Foi perguntado aos sujeitos se já tinham ouvido falar sobre a prática da MGF.

Em resposta a esta questão 142 sujeitos responderam afirmativamente, em relação a 9 indivíduos que não tinham ouvido falar na prática da MGF.

Da amostra total, 94% dos sujeitos respondeu à "opção sim" em relação a 6% que respondeu o contrário, como pode ser observado no Gráfico 4.



A segunda questão era “Já frequentou algum seminário, congresso sobre saúde no qual o tema da MGF fosse abordado?”

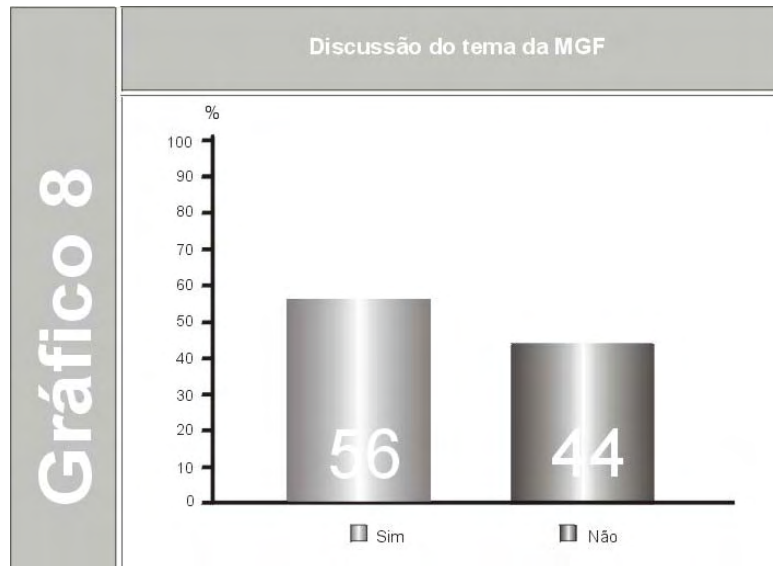
Ao analisarmos o Gráfico 5 podemos observar que só 11% da amostra total, (11 ind.), é que haviam frequentado alguma acção de formação na qual o tema da prática da mutilação foi abordado.



Após análise da frequência descritiva, entre os dois grupos (Gráfico 6), podemos observar que do grupo 1, 11% (8 sujeitos) haviam frequentado algum tipo de formação com a abordagem do tema MGF em relação a 9% (7 sujeitos) do grupo 2 (Gráfico 7).



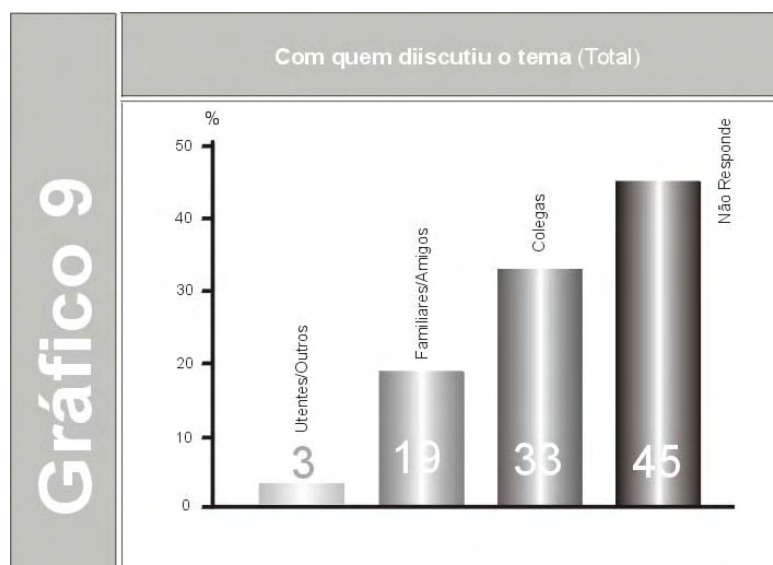
À questão "Já discuti o tema da MGF com alguém?" (Gráfico 8), podemos observar que 56% da amostra total haviam abordado o tema com terceiros, em relação a 44% que não o havia feito.



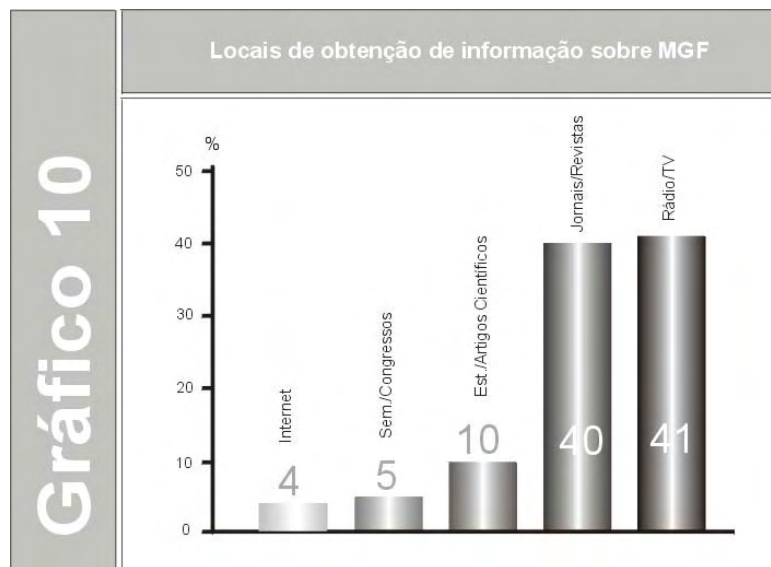
Do grupo "médicos", 9% é que responde afirmativamente a esta questão (8 sujeitos).

Foi perguntado com quem haviam discutido o assunto (apesar de 45% não ter respondido, esta percentagem era a esperada uma vez que na questão anterior, 44% não haviam discutido ou abordado o tema). O que é também revelador da consistência nas respostas.

Assim, no Gráfico 9 vemos que uma maior percentagem dos inquiridos abordou o tema com colegas de profissão, 33% e familiares e amigos 19%, ou seja, existiu uma abordagem do tema mais profissional seguida de uma abordagem no universo sócio-afectivo.



Seguindo a lógica das questões e perante a pergunta relativa às fontes de obtenção da informação, podemos ver que a maior parte teve acesso ao tema através dos média: 41% através da Tv/rádio e 40% através de jornais e revistas. O que nos permite continuar a levantar a hipótese da não existência de uma formação específica em MGF (Gráfico 10).

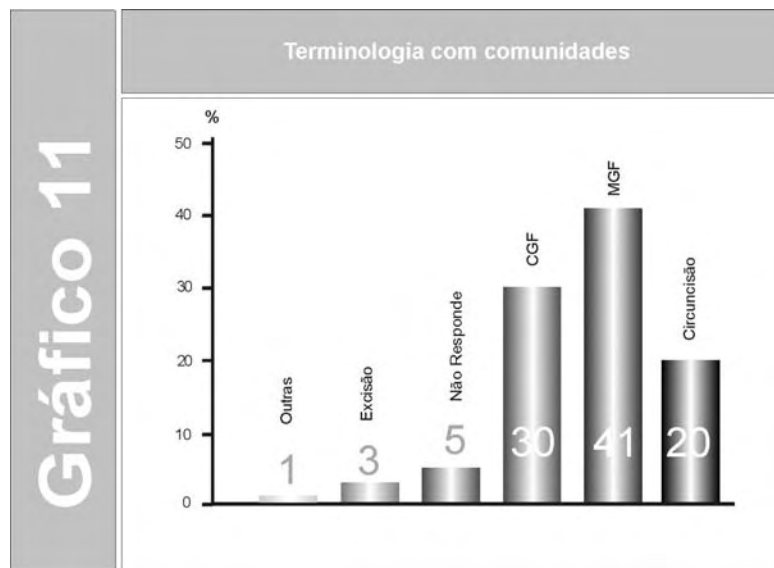


Mais uma vez é interessante e demonstra a veracidade das respostas obtidas, observamos que 5% (13 sujeitos, 5 médicos e 8 enfermeiros) assinala a opção seminários e congressos, o que nos remete para a segunda questão do questionário - “frequência de acções de formação, seminários ou congresso que abordassem o tema da MGF”- ao qual 16 indivíduos assinalaram afirmativamente.

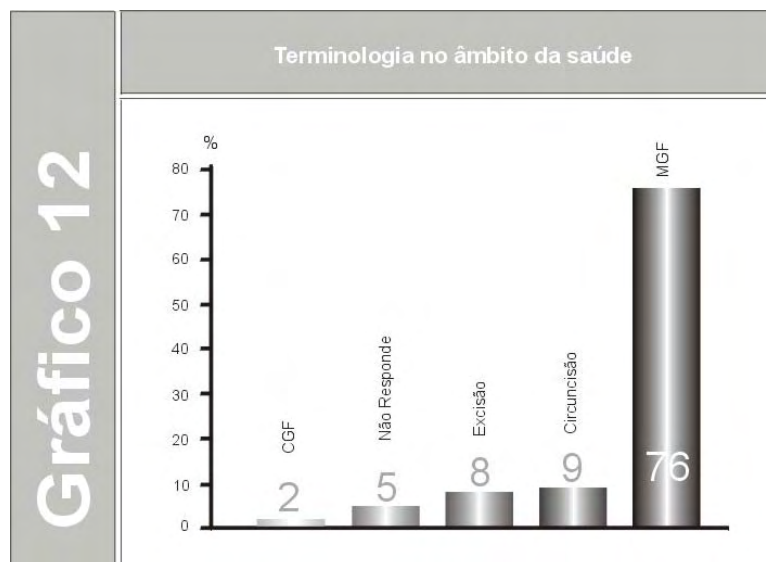
Poder-se-á colocar a questão de ter existido uma diferença no nº de sujeitos que assinala esta opção - de 16 sujeitos que frequentaram seminários e congressos para 13 que assinalaram esta opção como via de obtenção de informação - mas colocamos a hipótese de por esta questão ser de escolha múltipla não ter sido assinalada, uma vez que já havia sido respondida afirmativamente na questão nº 2 e por julgarem ser necessário responder a outras opções.

As questões nº 5 e nº 6 do questionário remetiam para a utilização de terminologia específica aquando a abordagem do tema da MGF em comunidades imigrantes ou no âmbito da saúde.

As respostas à primeira questão “Qual a designação desta prática que considera mais adequada no trabalho com comunidades migrantes?” (Gráfico 11), apontam para a preferência da utilização da designação “MGF”, com 41% das respostas, seguido da designação “corte dos genitais femininos”, com 30%, e 20% de respostas com a preferência pelo termo “circuncisão”.



De salientar será a percentagem de 1%, que assinala a opção “Outros”, que apresenta como justificação para a escolha: *“ritual”, “festa”, ou outra palavra que em cada idioma designa esta prática*. Se compararmos as respostas anteriores com as do Gráfico 12, apercebemo-nos que existe uma resposta mais homogénea para a designação MGF - com 76% - das respostas.



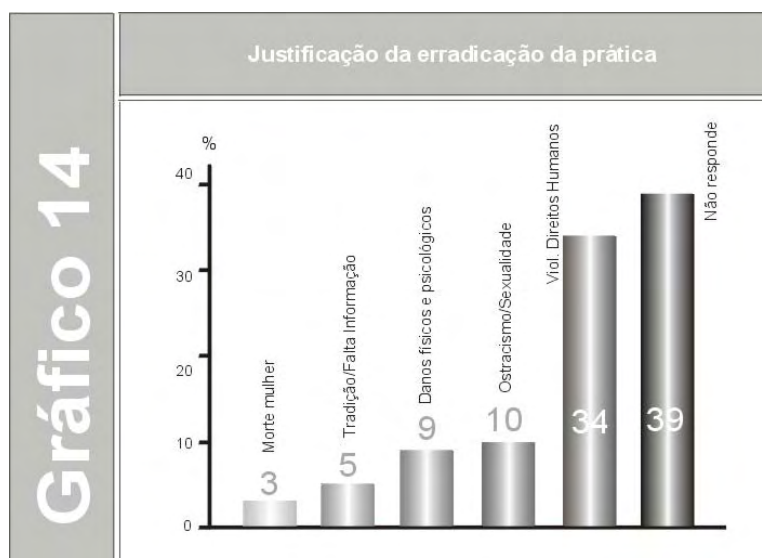
Os dados obtidos demonstram existir já uma consciência deste importante factor no que respeita à utilização da terminologia, no entanto, ainda 41% dos inquiridos responde preferencialmente a utilização de MGF no trabalho com comunidades.

A questão nº 9 do questionário abordava a manutenção da prática da MGF, à qual 97% dos sujeitos respondeu negativamente, ou seja, 146 sujeitos (Gráfico 13).

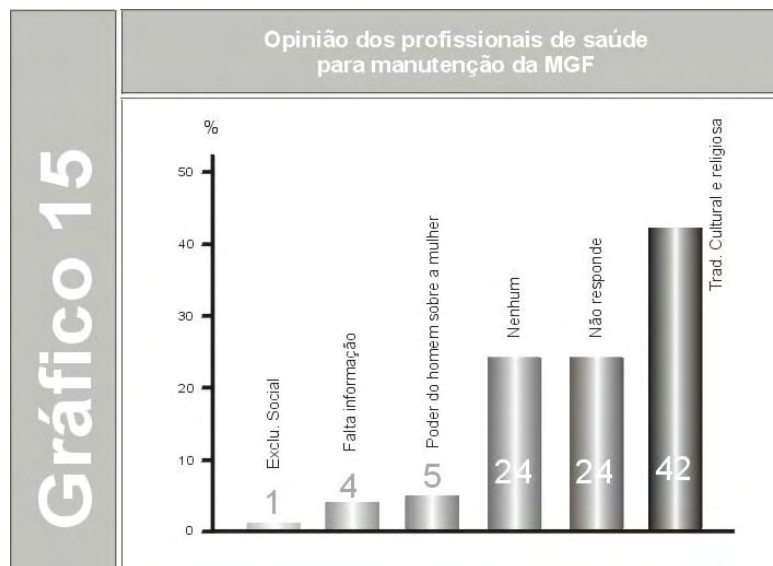


Como justificção às respostas dadas, dos 61% profissionais que justificaram a resposta à questão “da não manutenção da MGF”, 34% apontaram que a MGF era uma violação dos direitos humanos, 10%, uma forma de ostracismo da mulher e da sua sexualidade e que provocava danos físicos e psicológicos na mulher ou rapariga, 9%.

Nesta questão (Gráfico 14) é interessante observar que entre técnicos de saúde, a justificção para a erradicação da MG devido a problemas de saúde (físicos e psicológicos) ocorra como a terceira opção mais mencionada.



A questão nº 10 inquiria quais as razões que os profissionais encontravam para a manutenção desta prática tradicional (Gráfico 15).

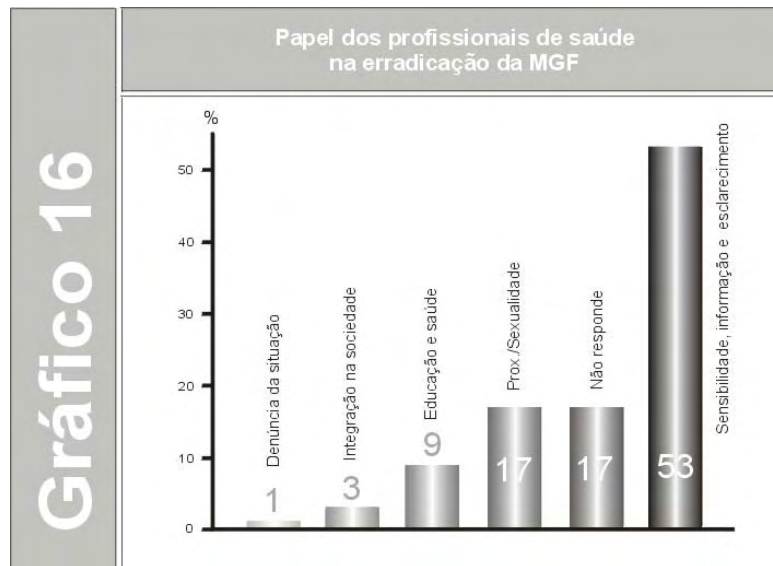


Podemos observar que, 42% responde que a manutenção dessa prática era devido a motivos culturais, tradicionais e religiosos.

Também muitos profissionais responderam que na sua opinião não encontravam nenhuma justificação para a manutenção da mesma, 24%, sendo que estes 24% estão associados ao facto dos valores ideológicos associados, pelos próprios, aos direitos humanos e ao ostracismo, terem a primazia.

Com a questão que remetia para a importância dos técnicos no desencorajamento da prática da mutilação, as repostas adquiridas referem possíveis áreas de intervenção devido à proximidade e função que têm para com as comunidades.

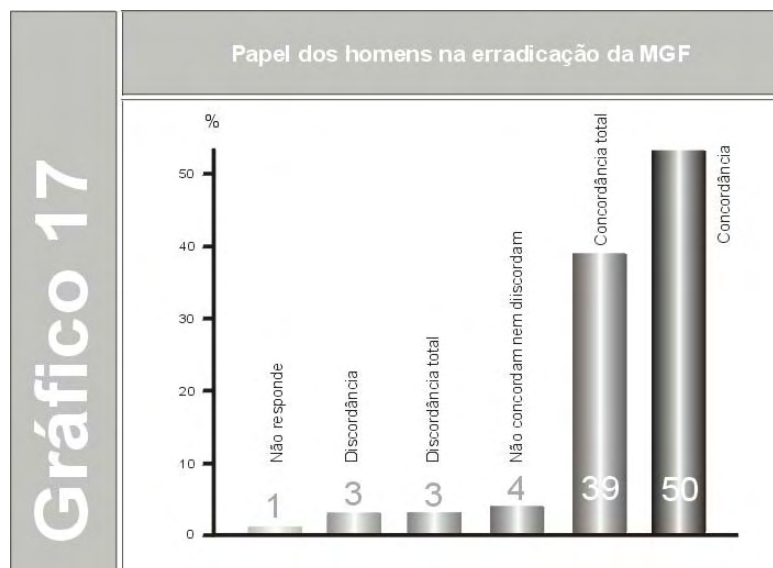
Passando para uma possível intervenção dos profissionais de saúde no desencorajamento desta prática, podemos observar que 53% refere ser através da informação, esclarecimento das consequências negativas da MG e também de possíveis conteúdos inerentes à proximidade e função que têm junto dos utentes (Gráfico 16).



A questão nº 12 do questionário continha 5 afirmações às quais era solicitada a opinião dos profissionais sendo a 1ª sobre o “*Papel dos homens na erradicação da MGF*”.

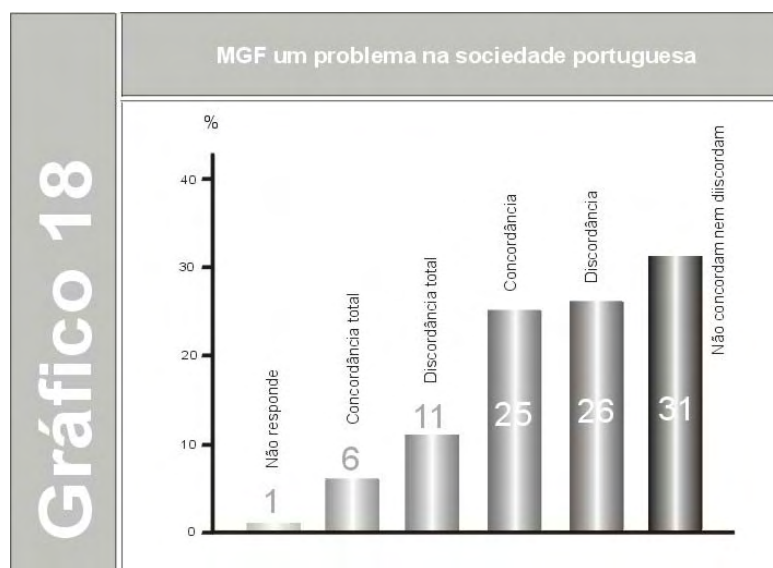
Nesta questão os dados obtidos apontam para uma concordância de 89%.

No Gráfico 17 podemos observar as respostas dadas para a questão do envolvimento masculino na erradicação da MG.

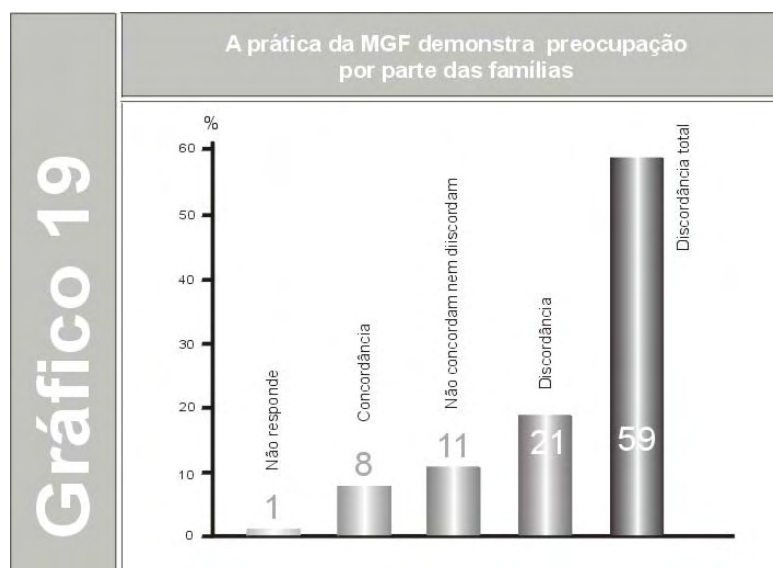


Perante a afirmação “*na sociedade portuguesa, a prática da MGF é um problema*”, (Gráfico 18), obtivemos respostas bastantes heterogéneas, ou seja, 37% dos inquiridos manteve-se num posicionamento de não concordância. No entanto, temos uma faixa de respostas de 31% que “*não concorda nem discorda*” com a afirmação.

Podemos colocar a hipótese de uma economia de respostas, pois mantiveram-se neutros, no entanto temos como referência mais uma vez aos gráficos iniciais.

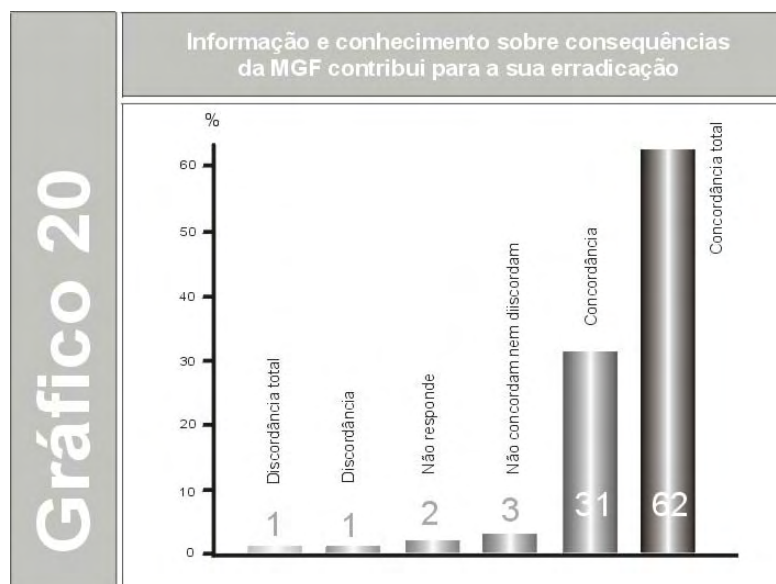


A 3ª afirmação consistia no facto da MGF *ser uma prática que demonstra que as famílias se “preocupam” com as suas filhas*. Esta afirmação apresenta um total de respostas de não concordância de 80% (Gráfico 19).



O modelo de respostas apresentado no Gráfico 19 é congruente com as que determinaram a rejeição relativamente à prática e mais uma vez é visível o distanciamento que os profissionais apresentam face à mesma.

Na 4ª afirmação “O conhecimento e informação mais precisos sobre o corpo, sexualidade, sistema reprodutor, a função de cada órgão e consequências negativas da MGF, poderão ser um factor importante na erradicação da mesma”, a maioria dos profissionais concordou com o facto de que se existisse informação e conhecimentos das consequências nefastas da MGF e da função dos órgãos e aparelho reprodutor poderia ser mais facilmente desencorajada a prática da MGF (Gráfico 20).



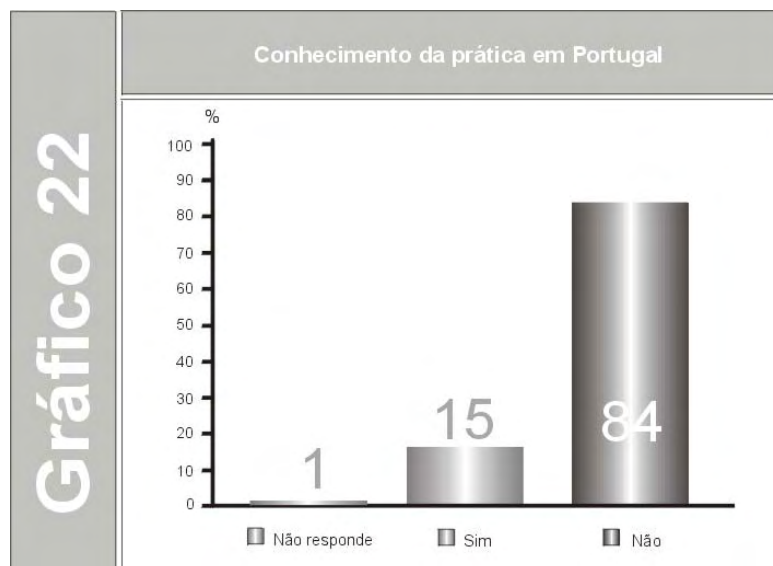
A 5ª e última afirmação, referia que a sensibilização e informação dos profissionais de saúde nos países que recebem imigrantes era necessária (Gráfico 21).

Nesta afirmação 95% dos profissionais concordavam com a importância de informação e sensibilização dos técnicos.

Mais uma vez, este tipo de necessidade demonstra congruência com o conhecimento mitigado que remonta aos resultados das 1ª questões do inquérito.

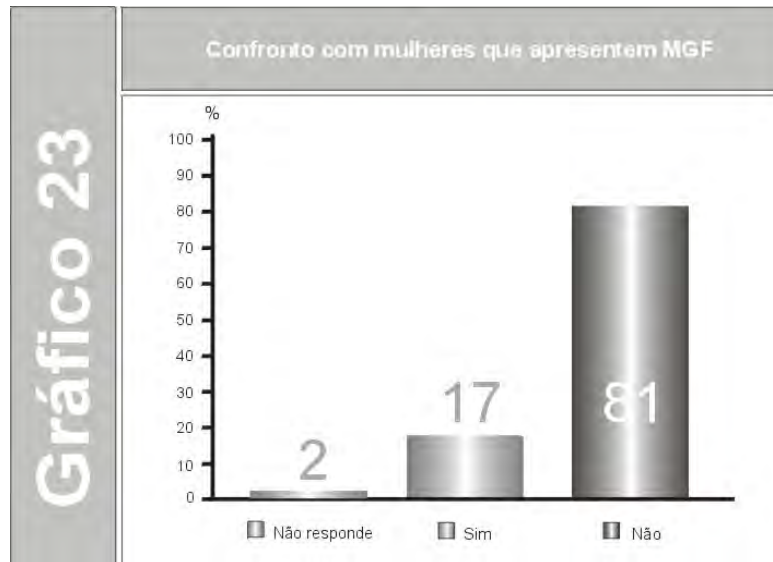


A questão nº13 remetia para o conhecimento da existência da prática em Portugal (Gráfico 22).



Tendo em conta a totalidade da amostra 15% dos profissionais respondeu ter conhecimento da existência da prática em Portugal.

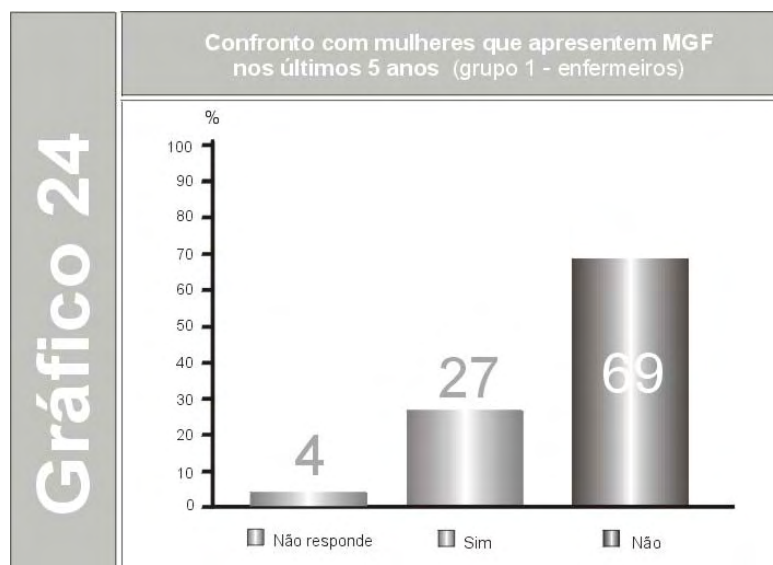
No que respeita à observação de casos na prática clínica, sendo a questão: “Já foi confrontado/a com mulheres que apresentassem MGF?” (Gráfico 23).



A esta apenas 26 (17%) profissionais de saúde é que responderam afirmativamente. Esta percentagem (17%) é sensivelmente a mesma que a da amostra que refere ter conhecimento da existência de MG, 15%.

O que nos levou a colocar a hipótese de uma parte dos inquiridos ter percecionado o conceito “conhecimento da existência da prática” como “conhecer/observar directamente mulheres que sofreram MG”.

Nesta mesma questão optámos por fazer a análise das respostas nos dois grupos separadamente. O grupo de enfermeiros apresenta mais situações, 27% - 19 sujeitos (Gráfico 24).

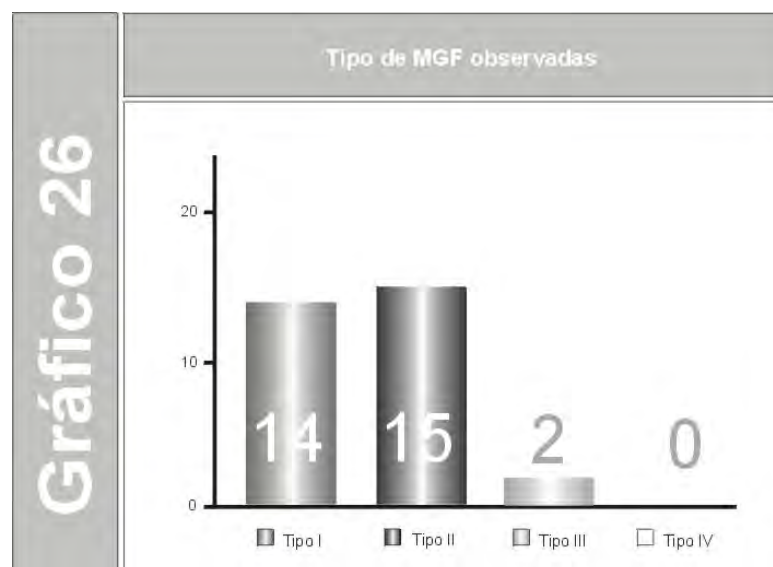


Em relação a 9% do grupo dos médicos, com 7 sujeitos. A hipótese colocada foi em relação às práticas clínicas e desempenho de profissão de cada um destes grupos de profissionais (Gráfico 25).



Um sujeito pertencente ao grupo de enfermeiros, que sobre a importância do papel dos profissionais de saúde no desencorajamento da prática refere –“ *Sim, porque muitas vezes trabalhamos no “campo com os utentes e também realizamos sessões de educação para a saúde, onde podemos abordar esse tema e tentar que as pessoas percebam as consequências da situação”*

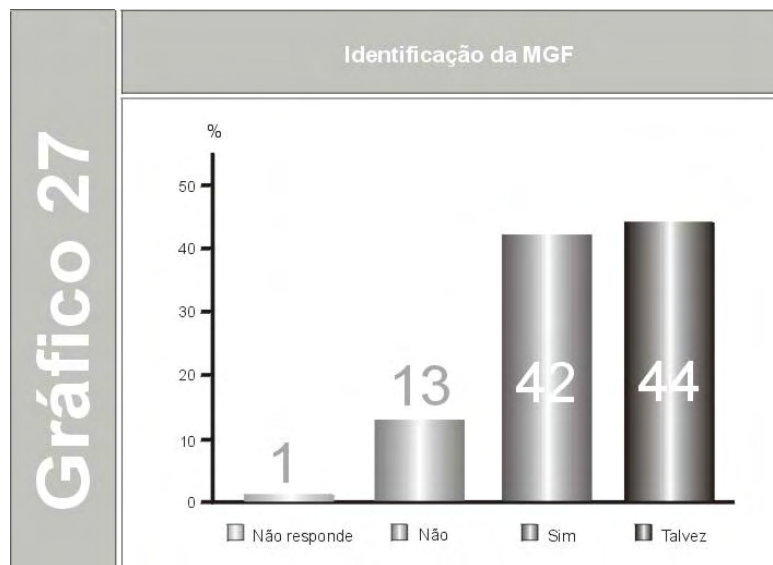
Das situações observadas os tipos de mutilação foram: 14 situações de mutilação tipo I, clitoridectomia; 15 situações de mutilação tipo II, excisão e 2 situações de infibulação (Gráfico 26).



Perante estes dados, ficamos com a sensação de que o questionário devia ter mais uma questão, de modo permitir o acesso de informação sobre os países de origem das imigrantes.

A questão colocada posteriormente remete para o reconhecimento de uma situação de MGF na sua prática clínica.

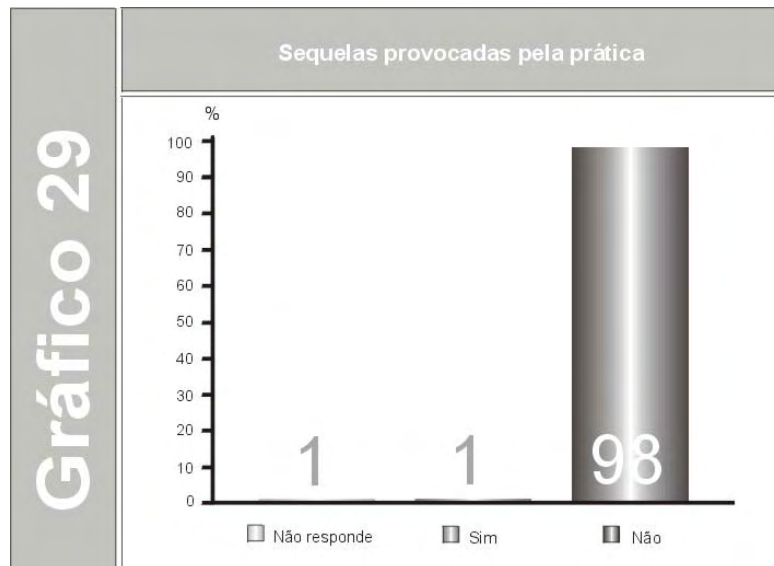
Perante o reconhecimento de uma MGF podemos observar que 44% assinala a opção “Talvez” (Gráfico 27).



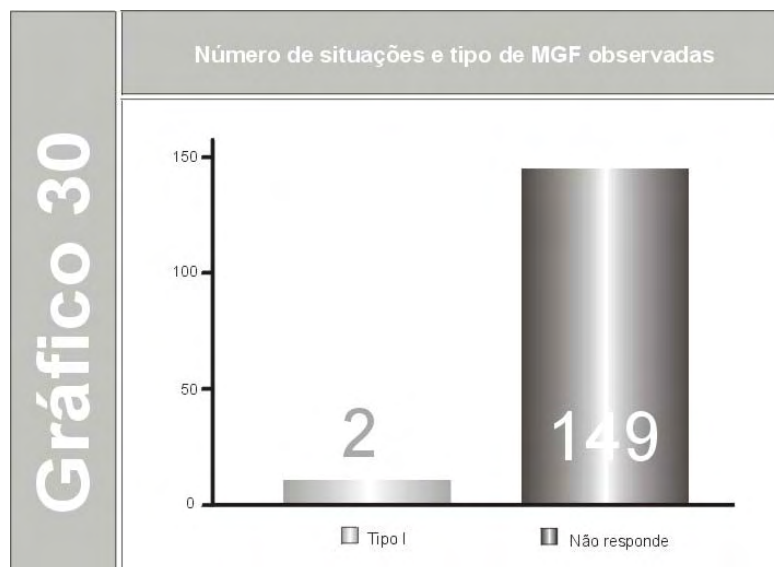
A questão nº 16 remete para a solicitação de uma MGF, à qual apenas 1% dos indivíduos responderam afirmativamente (Gráfico 28).



Quando foi perguntado aos sujeitos se já haviam sido consultados devido a sequelas provocadas pela MGF, apenas 2 indivíduos responderam afirmativamente, sendo deste modo 1% da amostra total (Gráfico 29).



No que respeita a esta questão foram só observadas 2 situações de mulheres que recorreram aos profissionais devido a sequelas provocadas por uma excisão (Gráfico 30).



Cabe aqui fazer um alerta para os registos de conhecimento dos profissionais, que não devem, nem podem ser confundidos com taxas de mulheres excisadas.

Com estes 4 gráficos, e perante os seus resultados podemos observar que existe uma incongruência estatística dos valores contidos nos mesmos, o que nos faz colocar 3 hipóteses:

1. A da prática não existir em território nacional ou ser escassa, indo contra os testemunhos e relatos existentes,
2. ou que é, “bem *realizada*”,
3. ou que as próprias mulheres a sofrem em silêncio incapazes de solicitar ajuda pois é considerado inerente à condição de ser mulher.

E isto porque apenas 1% dos sujeitos foram consultados devido a sequelas provocadas por MG.

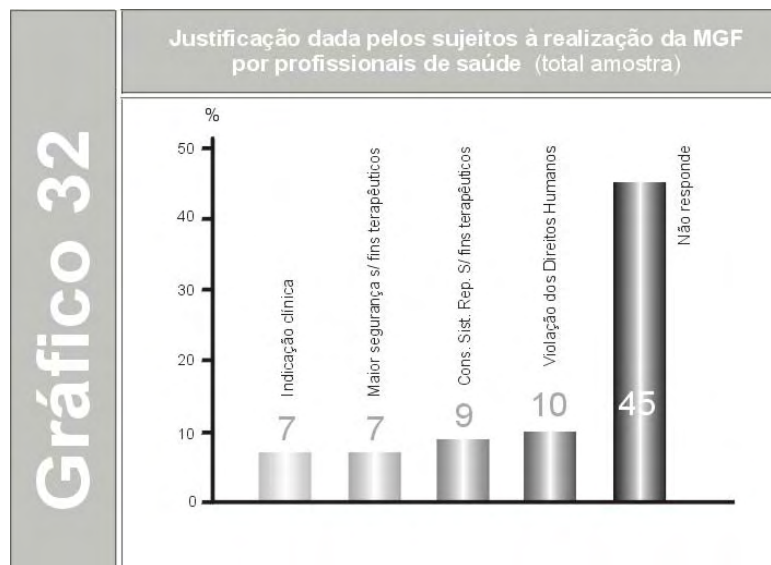
De qualquer modo será oportuno lembrar a hipotética confusão entre “o conhecimento da prática em Portugal” e o “confronto com mulheres mutiladas”, pois poderá não ser compaginável, que para 15% de conhecimento da prática, 17% de observações só se registre 1% de solicitações e principalmente de sequelas com o acrescido teórico, de que estas mulheres apresentam sequelas a curto, médio e longo prazo.

A questão nº 18 do questionário remete para a possibilidade da execução da prática de mutilação ser realizada por profissionais de saúde (Gráfico 31).



Podemos observar que 92% dos inquiridos respondeu negativamente a esta questão, e se observarmos o gráfico a seguir poderemos ter acesso às justificações mencionadas pelos sujeitos.

Dos sujeitos que responderam à justificação da questão nº 18, 22% simplesmente não concorda com a prática sem ter dado mais nenhuma justificação, os restantes abordaram aspectos como, existir consequências para o aparelho reprodutivo da mulher e não ter fins terapêuticos, 9%, ser uma violação do direitos humanos, 10%, e 14 % apresentaram justificações de que se existisse indicação clínica poderia ser realizada (7%) e de que poderia existir uma maior segurança, apesar de se estar a falar de uma mutilação (7%) (Gráfico 32).



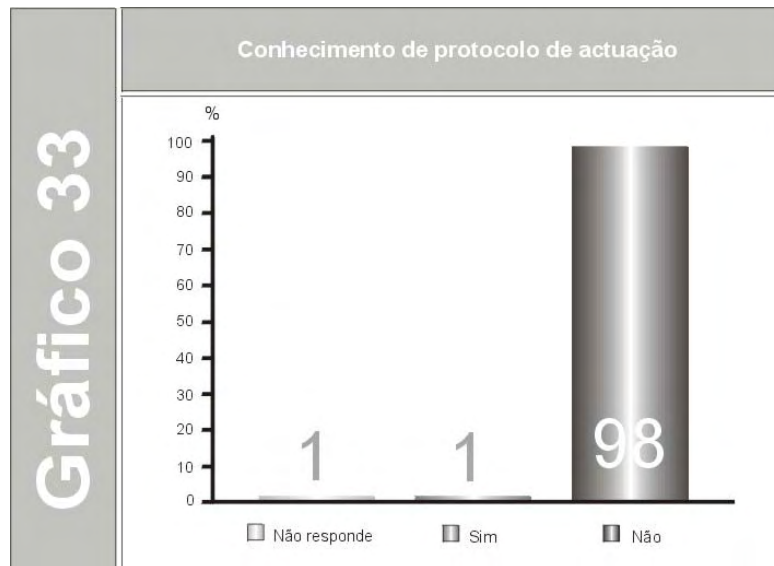
Após a análise da totalidade de sujeitos que responderam à questão anterior, podemos observar que a maior parte simplesmente não concorda com a execução de uma excisão.

Mais uma vez, existe congruência das respostas obtidas que vão de encontro com as nossas expectativas.

As recusas existentes e as próprias justificações vão de acordo com as respostas apresentadas relativas a erradicação da MG e dos motivos para a sua manutenção.

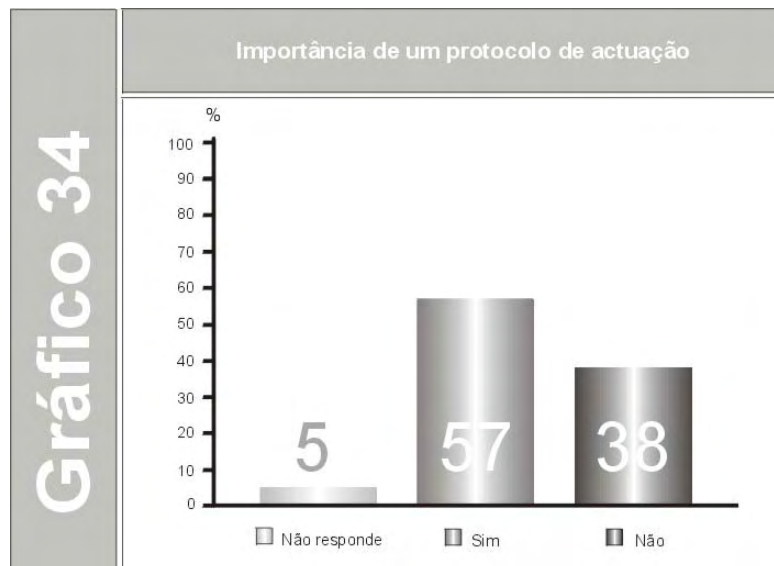
As questões que iremos analisar seguidamente remetem-nos para o conhecimento da existência de um protocolo da actuação e para a necessidade ou não da existência de um (Gráfico 33).

No que respeita à primeira questão os resultados indicaram que a maior parte dos inquiridos não tinha conhecimento da existência de um protocolo de actuação, ou seja, 149 sujeitos (98%) e apenas 1 fez referência à possibilidade de existência de algum.



A questão que se seguia no questionário inquiria sobre a importância de um protocolo de actuação, pedindo a justificação da opção assinalada anteriormente.

Podemos observar que 57% da amostra responde afirmativamente à importância de um protocolo de actuação, em relação a 38% que responderam negativamente (Gráfico 34).



Mais uma vez o modelo desempenhado nestes gráficos surge com uma sequência lógica para o conhecimento incipiente que denotam as respostas às primeiras questões relativas ao conhecimento do assunto, e às trocas de impressões.

Por outro lado, os 38% que não atribuem importância à existência de um protocolo de actuação encaixam na ausência de opinião (não concordo nem discordo) sobre se a MGF é um problema da sociedade portuguesas.

Dos sujeitos que apresentaram uma justificação, (43% da amostra total):

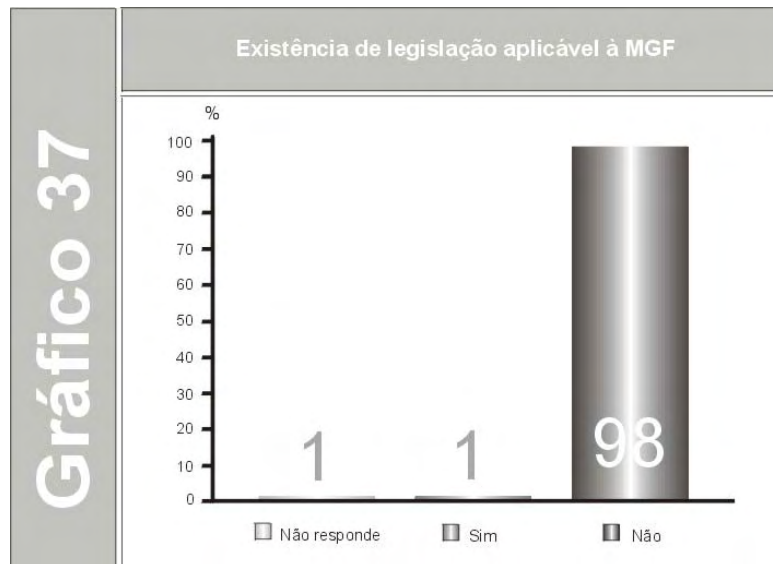
- 26% aborda a necessidade de saber actuar face a uma situação de MG;
- 7% por questões éticas e deontológicas, sujeitos que responderam negativamente a questão anterior, sobre a necessidade de um protocolo de actuação (Gráficos 35).



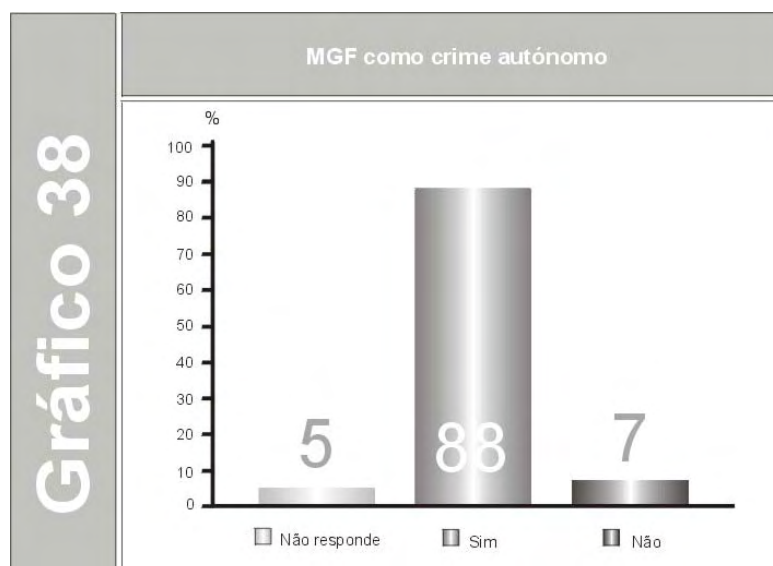
A grande maioria absteve-se, no entanto, e perante as respostas anteriores podemos dizer que a falta de informação específica impede a emissão de parecer sobre questões, quando existe honestidade na resposta (Gráfico 36).



A questão nº 21 abordava o conhecimento de legislação portuguesa que enquadra a MGF. Apenas 1% da amostra referiram a possibilidade de existir este enquadramento na legislação, sendo feita referência a “alguma lei sobre a integridade física do indivíduo” (Gráfico 37).



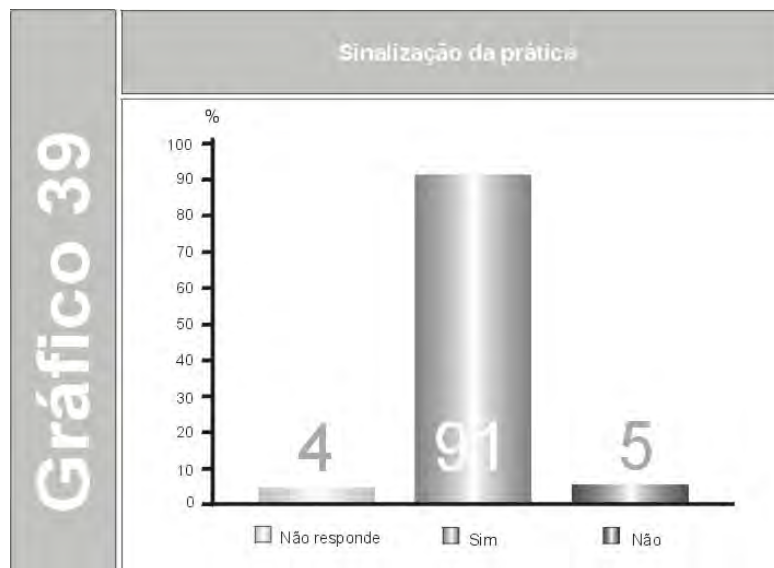
A questão seguinte do questionário perguntava aos profissionais de saúde se consideravam que a prática da mutilação genital deveria constar na legislação como crime autónomo (Gráfico 38).



Como podemos observar 88% da amostra respondeu a esta questão afirmativamente, em relação a 7% de respostas negativas.

A questão 22 deste questionário remetia para a sinalização da prática da MGF aos serviços de oficiais: "Considera que esta prática deve ser sinalizada aos serviços oficiais à semelhança do que acontece com os abusos sexuais ou violência doméstica?".

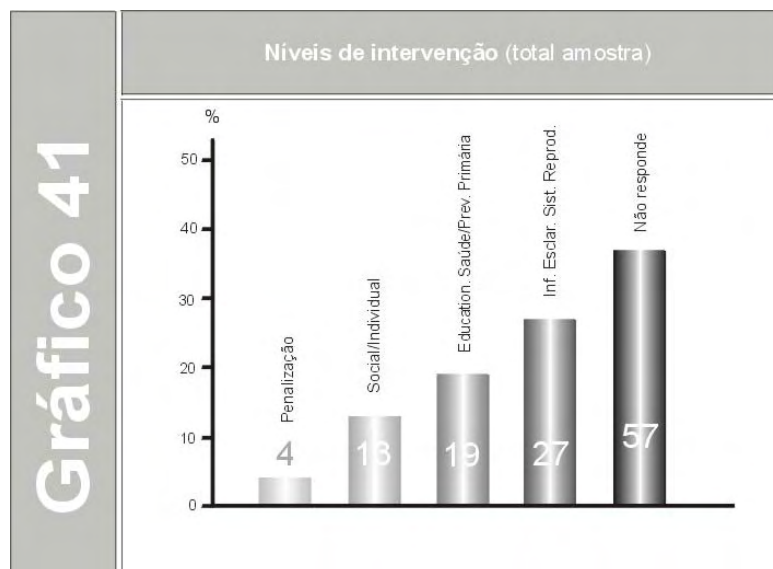
As respostas obtidas apresentam 91% de respostas assinaladas com a opção "sim" (Gráfico 39).



Quando foi perguntado se os profissionais consideravam necessário o trabalho com as comunidades onde estas práticas ocorriam, as respostas obtidas apontam para 99% de respostas afirmativas (Gráfico 40).



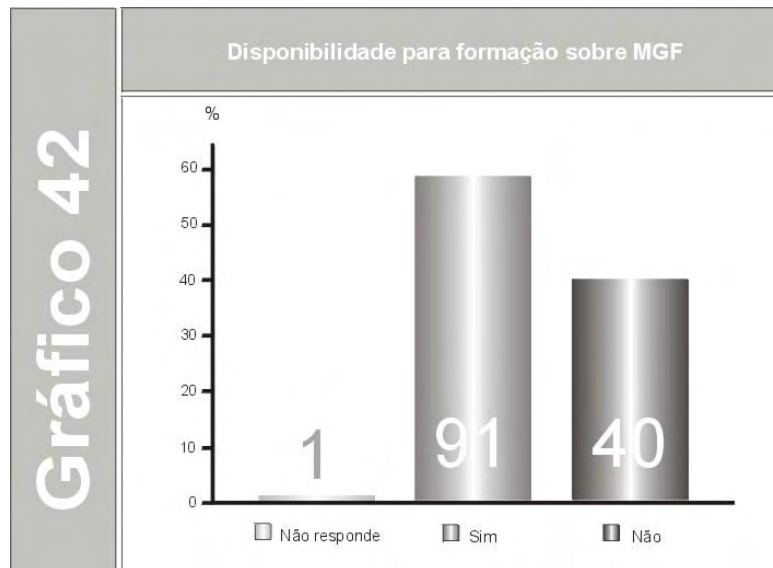
Em seguimento a esta resposta foi perguntado a que níveis e actuação é que pensariam que seria útil a intervenção (Gráfico 41).



Aqui as respostas referem, mais uma vez, o nível da informação e esclarecimento do sistema reprodutor e as consequências da mutilação, com 27% das respostas. Também a intervenção a nível comunitário, familiar e social foi citada.

Uma das respostas apresentadas nesta questão - *“apoio médico, multidisciplinar às vítimas adultas, informação, formação e educação dos respectivos maridos. Sensibilizar mães e as próprias para que não procedam de igual modo para com as filhas pequenas.*

No que respeita à última questão do questionário, esta remetia para a possível disponibilidade ou não do profissional de saúde para uma acção de formação com o tema abordado no questionário, com um total de respostas afirmativas de 59% (Gráfico 42).



Em síntese

A Grande Maioria dos Profissionais

- Tem conhecimento do tema, 94%
- Não concorda com a “MGF assistida”, 92%
- Não tem conhecimento da existência de um protocolo de actuação, 98%
- Desconhece a existência de uma lei passível de enquadrar MG, 98%
- Concorda que a MGF deveria ser considerada como um crime autónomo, 88%
- Concorda que a MGF deveria ser sinalizada aos serviços oficiais, 91%
- Concorda com a necessidade de trabalho com comunidades nas quais a MGF ocorre, 99%.

Uma Minoria dos Profissionais

- Teve formação específica na área a mutilação, 11%
- Dos profissionais observaram situações de MGF, 17%
- Dos profissionais tem conhecimento da prática em Portugal, 15%
- Observou sequelas e foi solicitado para a realização da prática, 1%.

Cerca de Metade dos Profissionais

- Dos profissionais mostra alguma insegurança quanto à capacidade de reconhecer a MG, 44%
- Concorda com a importância de um protocolo de actuação, 57%.



Conclusões

Perante os resultados do estudo realizado e tendo em conta sempre a dimensão da amostra, podemos observar que grande parte dos inquiridos já ouvira falar sobre o tema (94%), mas apenas 11% é que tinha formação mais especializada nesta área.

Com o seguimento e obtenção dos resultados do questionário verifica-se uma congruência e veracidade nas respostas obtidas e observou-se que apesar de 94% já terem ouvido falar, apenas 56% é que já havia falado, discutido o tema com terceiros; mas apenas 11% é que tinha formação mais especializada nesta área.

No que respeita à utilização de terminologia específica no trabalho realizado com comunidades observou-se a existência de uma consciência deste importante factor, no entanto, ainda 41% dos inquiridos responde preferencialmente a utilização de MGF no trabalho com comunidades. O que nos remete, em nosso entender, mais uma vez para a necessidade de formação específica nesta temática.

De salientar será a discussão por várias agências e instituições deste importante factor, adoptando o UNFPA a designação Corte dos Genitais Femininos (CGF) em vez de Mutilação Genital Feminina, uma vez que o termo “CGF”, abrange holisticamente a área da MGF tendo em conta o seu contexto cultural, de saúde, de direitos humanos e religiosos.

Um outro aspecto remete para a justificação da erradicação da MG devido a problemas de saúde (físicos e psicológicos), que ocorre como a terceira opção mais mencionada, o que nos pode levar à colocação de duas hipóteses:

- ou a MGF, ao contrário dos pressupostos de partida da nossa investigação, não parece despoletar consequências graves para a saúde das visadas,
- ou os modelos culturais e ideológicos dos profissionais de provocam a existência de um eventual automatismo de resposta, o que desvirtua a ordem de procedimentos que seria possível obter tendo em conta o tipo de amostra.

Mais uma vez, é de salientar que este questionário permitiu também a recolha de crenças e atitudes de próprios profissionais de saúde face à MGF.

Como possível intervenção dos profissionais de saúde no desencorajamento desta prática, observou-se que 53% refere ser através da informação, esclarecimento das consequências negativas da MG e também de possíveis conteúdos inerentes à proximidade e função que têm junto dos utentes.

Mas, apesar dos profissionais de saúde se encontrarem numa posição privilegiada para a actuação, não implica que esta seja produtiva na ausência de uma formação mais específica e um maior saber e sensibilidade para os aspectos sócio-culturais associados à MG.

Este facto significará também um contributo para melhor abordar o tema e de apresentar as consequências nefastas da prática, sem existir um discurso valorativo aquando da passagem de informação.

Algumas estratégias de intervenção, por exemplo, recorrem à explicação das consequências negativas que a prática provoca na altura do parto e na função reprodutiva da mulher.

Sendo por vezes desaconselhada a abordagem associada ao desempenho sexual, diminuição do prazer e desejo na mulher, pois existem grupos sócio-culturais específicos, onde este aspecto não é valorizado ou equacionado na vivência da sexualidade.

Pode mesmo acontecer que se o discurso for neste sentido (do prazer sexual) poderá não ser interiorizado embora percebido pelo receptor.

A passagem de informação e as campanhas de prevenção devem ser claras, precisas, consistentes e culturalmente aceites, assim como os factores que influenciam a existência e permanência da MG.

E aqui será interessante citar um dos inquiridos, perante a pergunta relativa ao papel dos profissionais de saúde, respondeu – *“Sim, desde que se compreenda e facilite outros rituais de passagem, o esclarecimento a partir dos riscos e problemas de saúde, que são evidentes quando se alteram outros padrões sociais, familiares e culturais. É de valorizar as diferenças de comunicação com quem pouco ou nada conhece a língua”*.

Para a erradicação a MGF um conjunto de factores devem ser trabalhados na comunidade em que esta é praticada e também com os homens este trabalho é muito importante, face a esta afirmação os profissionais de saúde responderam com 89%, de concordância.

Uma das estratégias de intervenção deve ter como objectivo a realização de um trabalho comunitário, no qual os homens podem e devem participar, sendo informados e esclarecidos de modo a tomarem consciência da sua responsabilidade perante este problema e, que consequências ao nível da saúde da mulher têm repercussões no bem-estar da própria comunidade.

Em países onde existem dados sobre o envolvimento masculino no desencorajamento da MG, os resultados apontam para o facto de estes serem menos susceptíveis que as mulheres a continuar com a prática, temos por exemplo o caso da Guiné - Conacri onde 68% das mulheres apoia a MG em relação a 52% dos homens. O mesmo acontece na Eritreia, onde 57% das mulheres em relação a 46% dos homens se mostra a favor desta prática.

Face à questão sobre a prática da MGF medicamente assistida, a grande parte dos profissionais não concorda. A OMS aconselha que nenhuma forma de mutilação seja realizada por profissionais de saúde ou em locais de saúde.

Apesar de ocorrer em condições maiores de higiene e assepsia não diminui as consequências físicas a curto, médio e longo prazo, assim como não diminui a sua prevalência, perpetuando este ritual e originando formas paralelas de rendimento económico para os profissionais de saúde.

Para erradicar a MGF, as medidas jurídico-penais são necessárias, no entanto não são suficientes. Não podem ser vistas como a “medida necessária para acabar com”.

Poderá ser mais produtivo o posicionamento de esforços a nível de campanhas de sensibilização, educação e informação dirigidas às populações imigrantes ou a programas de prevenção da MGF nos países de origem.

É de salientar a necessidade de formar, educar e sensibilizar os profissionais de saúde nesta área, uma vez que isso permitirá a aquisição de competências técnicas adequadas para identificarem e lidarem com as possíveis vítimas da MGF, bem como a percepção das diferenças sócio-culturas relacionadas com a MGF e crenças e valores pessoais.

Chamamos a atenção, e para terminar, que quem lida com esta problemática deve ter sempre em mente os seguintes aspectos:

- Que tipo de procedimento ou mutilação existe
- Que consequências físicas e psicológicas a curto, médio e longo prazo podem ocorrer
- Em que idade a prática é executada
- A prevalência do fenómeno em determinadas comunidades
- Quais os factores sócio-culturais e económicos associados que influenciam a existência e permanência da mutilação genital feminina em vários países.

Bibliografia

1. Assembleia da República, 2003, *Projecto de Lei nº 229/IX- Tipificação do crime*.
2. *FGM Declaration and platform for action*. Beijing, Fourth World Conference on Women, 1995.
3. Aziz FA. Gynecologic and obstetric complications of female circumcision. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 1980, 17:560-563.
4. Centro Internacional de Saúde Reprodutiva, Bélgica, 1998
5. *Centre Documentation du MFPF, 1999, - "Contre les Mutilations Sexuelles en France, la Lutte a débuté il Y a vingt ans : Oú en sommes-nous ?*
6. *Clicnews, 2003, "MGF continua a ser praticada no Sudão apesar de ser proibida"*
7. *Department of Gender, Women, Health and research, family and community health – WHO, 2001*
8. *Diegues, Flávio, 2001, "O bizarro acto cultural das Africanas", Prometeu.com.br- www.prometeu.com.br*
9. *Dossie Publico, 2003/2004; www.publico.pt*
10. *Equilibres e Populations « Comment Lutter Contre les Mutilations Genitales Feminines, ici et lá-bas ?, 2001*
11. *Female genital mutilation : A matter of human rights – An Advocate`s guide to action, 2001, Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)*
12. *Female genital mutilation. Report of a WHO Technical Working Group, Geneva, 17-19 July 1995. Geneva, World Health Organization, 1996*
13. *Convention on the Rights of the Child*. New York, NY, United Nations, 1959 (United Nations General Assembly resolution 1386 (XIV)).
14. *Federation de Planification Familiar de Espana- Las Mutilations Genitales Femeninas, 2002*
15. **Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement**. Geneva, World Health Organization, 1997.
16. *G.M.M.S., 1995, Commission "Violences a L`encontre des Femmes »- Les Mutilations Sexuelles Feminines »- Dossier dinformation*
17. Hosken F. The epidemiology of female genital mutilation. *Tropical doctor*, 1978, 8:150-156.
18. Hosken F. *The Hosken report*, 1st ed. Lexington, MA, Women's International Network News, 1979.
19. *Intersections between health and human rights: the case of female genital mutilation*. New York, NY, RAINBOW, 1996.
20. *Inter – African Committee contra traditional practices- Zero Tolerance to FGM- Common Agenda for Action for the elimination of FGM, 2003-2010*
21. *Immigration Services Administration, Gothenburg- Female Genital Mutilation Guidelines for Medical and Care Staff"-Mother and Child Health care- Female genital Mutilation Project*
22. Leye, Els, (1999), Medical aspects of female genital mutilation, International Centre for Reproductive Health, University of Gent, Belgium
23. *Magazine da Mulher, 2002, www.dwelle.de/portuguese*
24. *Martingo, Carla, 2003, MGF- Cultura Versus Direitos Humanos- Univeridade Aberta , 12º Mestrado de relações Interculturais*
25. *Martingo, Carla, 2003- Development and Production of a FGM KIT- The Trainning of Comunity Religious Leaders, Women and other Communications on its use*
26. *Migrations Santé, 1984, etudes et documents sur le milieu migrent-doosier excisions*
27. *Programme of action*. Cairo, International Conference on Population and Development, 1994.
28. *Population Action International- Questions and answers on FGM – www.population.org*
29. Programa Daphne, Contra a Violência perpetrada contra mulheres e crianças, 2001

30. *Report of a WHO Technical Consultation, Geneva, 1997- "Management of pregnancy, childbirth and postpartum period in the presence of FGM"*
31. *StopFGM- International press realese, 2003, -Portugal investigating femal genital mutilation among african immigrants*
32. *Smet, Miet (2003)- Parlamento Europeu- Relatório sobre a violação dos Direitos da Mulher na Política Internacional da União Europeia (2002/22486, INI)*
33. *Thuo, Margaret,2003- An International Conference on Tolerance to FGM, IAC, Addis Ababa, Ethiopia*
34. *Thuo, Margaret, 2003 – Female Genital Cutting: international agrrements and Realities- Human Rights to Health Seminar, Lisbon Portugal*
35. *Toubia N. Female genital mutilation: a call for global action, 2nd ed. New York, NY, RAINBOW, 1995.*
36. *Toubia, N. Female genital mutilation: a call for global action. New York, NY, RAINBow, 1993.*
37. *Toubia N. Two million girls a year mutilated. In: The progress of nations. New York, NY, UNICEF, 1996.*
38. *United Nations A/53/354, General Assembly(1998), www.un.org/womenwatch*
39. *World Health Organization, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Female circumcision, female genital mutilation. International journal of gynaecology and obstetrics, 1992, 37:149.*
40. *UN Declaration on Elimination of Violence against Women, December 1993.*
41. *U.I.C.E.M.P. – Atti. Del convegno – mmigrati e salute sessuale e reproduttiva: le rispote dei servizi, 1998, Milano*
42. *Vienna Declaration and Programme of Action. New York, United Nations, 1993.*
43. **www.circumstitions.com**- circuncision policy statement (re 9850) American academy of pediatrics
44. **www.fgm.org**
45. **www.unfpa.org**
46. **www.who.int**

ANEXOS

Questionário

Centro de Saúde	_____	Hospital	_____
Serviço	_____		
Profissão	_____	Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>

1. Já ouviu falar na prática da Mutilação Genital Feminina (Mut.GF)?

Sim Não

2. Já frequentou algum seminário, congresso sobre saúde no qual o tema da Mut.GF fosse abordado?

Sim Não

3. Já discutiu o tema da Mut.GF com alguém?

Sim Não

Se sim, com quem? _____

4. Quais as fontes através das quais onde obteve informações sobre a Mut.GF? (*pode assinalar mais de uma opção*)

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| a) Seminários, congressos | <input type="checkbox"/> |
| b) Jornais / revistas | <input type="checkbox"/> |
| c) Estudos / artigos científicos | <input type="checkbox"/> |
| d) Rádio/TV | <input type="checkbox"/> |
| e) Internet | <input type="checkbox"/> |
| f) Outros | <input type="checkbox"/> |

Quais? _____

5. Qual a designação desta prática que considera mais adequada no trabalho com comunidades migrantes?

- a) Mutilação Genital Feminina
- b) Circuncisão feminina
- c) Excisão
- d) Corte dos genitais femininos
- e) Outras

Quais? _____

6. Qual a designação desta prática que considera mais adequada quando utilizada no âmbito da saúde ?

- a) Mutilação Genital Feminina
- b) Circuncisão feminina
- c) Excisão
- d) Corte dos genitais femininos
- e) Outras

Quais? _____

7. Considera a Mut.GF uma: *(Escolha prioritária 1 a 4 sendo o 1 mais importante e o 4 de menor importância):*

- a) Violação dos direitos humanos
- b) Violação dos direitos da criança
- c) Violação dos direitos da mulher
- d) Tradição de uma cultura estrangeira

8. Quais os motivos para a prática da Mut.GF?
(Escolha 6 opções de 1 a 6 sendo o 1 mais importante e o 6 de menor importância):

- a) Costume/tradição
- b) Religião
- c) Purificação
- d) Protecção da honra da família
- e) Higiene
- f) Protecção da virgindade
- g) Prevenção da promiscuidade

- h) Aumento do prazer sexual por parte do homem
- i) Diminuição e controlo da sexualidade feminina
- j) Aumento da probabilidade de casamento
- l) Aumento de fertilidade
- m) Identidade cultural
- n) Outros

Quais? _____

9. Se considerar Mut.GF um direito cultural, esta deve ser mantida?

Sim Talvez Não

Porquê? _____

10. Quais as razões que encontra para a manutenção desta prática?

11. Considera que os profissionais de saúde poderão ter um papel importante no desencorajamento da prática da Mut.GF?

Porquê? _____

12. Concorda com as seguintes afirmações:

a) Os homens podem ter um papel importante na erradicação da Mut.GF, dentro da sua comunidade de origem/pertença.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

b) Na sociedade portuguesa a prática da Mut.GF é um problema.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

c) A Mut.GF é uma prática que demonstra que as famílias “preocupam-se” com as suas filhas.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

d) O conhecimento e informação mais precisos sobre o corpo, sexualidade, o sistema reprodutivo, a função de cada órgão e consequências negativas da Mut.GF, poderão ser um factor importante na erradicação da mesma.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

e) A sensibilização e informação dos profissionais de saúde nos países que recebem imigrantes é necessária.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

f) A Mut.GF é uma violação dos direitos das mulheres e das crianças que deve ser combatida.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

g) A Mut.GF é uma tradição milenar, pertença identitária de uma comunidade, e como direito cultural deve ser respeitada.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13. Tem conhecimento da realização da prática em território português?

- Sim Não

14. Já foi confrontado/a com mulheres que apresentassem MG?

- Sim Não

Se sim, quantas nos últimos 5 anos? _____

Qual o tipo de mutilação? (ver Anexo)

- Tipo I _____ (nº de vezes)
- Tipo II _____ (nº de vezes)
- Tipo III _____ (nº de vezes)
- Tipo IV _____ (nº de vezes)

Qual o país de origem dessas mulheres? _____

Qual a sua idade? _____

15. Saberá reconhecer na sua prática clínica uma situação de Mut.GF?

- Sim Talvez Não

16. Já lhe foi solicitada a realização/execução de uma Mut.GF?

- Sim Não

Se sim, quantas nos últimos 5 anos? _____

Qual o tipo de mutilação? (ver anexo)

- Tipo I _____ (nº de vezes)
- Tipo II _____ (nº de vezes)
- Tipo III _____ (nº de vezes)
- Tipo IV _____ (nº de vezes)

Qual o país de origem dessas mulheres? _____

Qual a sua idade? _____

17. Já foi consultado/a devido a uma seqüela provocada pela prática da Mut.GF, nos últimos 5 anos?

Sim Não

Se sim, quantas nos últimos 5 anos? _____

Qual o tipo de mutilação? (ver Anexo)

Tipo I _____ (nº de vezes)

Tipo II _____ (nº de vezes)

Tipo III _____ (nº de vezes)

Tipo IV _____ (nº de vezes)

Qual o país de origem dessas mulheres? _____

Qual a sua idade? _____

18. Concorda que esta prática possa ser realizada por profissionais de saúde ?

Sim Não

Porquê? _____

19. Tem conhecimento da existência de um protocolo de actuação no que refere a este tipo de prática?

Sim Não

20. Considera importante a existência de um protocolo de actuação ?

Sim Não

Porquê? _____

21. Tem conhecimento da existência de Legislação Portuguesa que enquadre a prática da Mut.GF?

Sim Não

Sim, qual? _____

22. Considera que esta prática deve constar da legislação como crime autónomo?

Sim Não

23. Considera que esta prática deve ser sinalizada aos serviços oficiais, à semelhança do que acontece com os abusos sexuais ou violência familiar?

Sim Não

24. Considera que é necessário o trabalho com as comunidades onde esta prática ocorre?

Sim Não

25. Estaria disponível para participar numa acção de formação sobre o tema?

Sim Não

Se sim, contactar *s.f.f.* a Associação de Planeamento de Família.

APF - Associação para o Planeamento da Família

Rua Artilharia Um, 38, 2º Dto.
1250-040 Lisboa

Tel: 21 385 38 93

Fax: 21 388 73 79

E. mails:

alicefrade@apf.pt

ou

yasmin_goncalves@softhome.net

Muito Obrigada pela sua colaboração

Classificação da Mutilação Genital Feminina pela Organização Mundial de Saúde:

Tipo I Clitoridectomia

Remoção do prepúcio do clitóris, com remoção total ou parcial do clitóris

Tipo II Excisão

Remoção total do clitóris com excisão parcial ou total do pequeno lábio

Tipo III Infibulação

Excisão parcial ou total dos órgãos genitais e sutura/estreitamento da abertura vaginal

Tipo IV Outras

Procedimentos que envolvam práticas não classificadas na definição de Mut.GF, como qualquer tipo de incisão, piercing ou alongamento do clitóris e/ou lábios vaginais; cauterização por queimadura do clitóris e do tecido circundante, corte anguria-remoção do tecido circundante do orifício vaginal, corte gighiri- corte da vagina.



ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

A Mutilação Genital Feminina (MGF) / Corte Genital Feminino (CGF)

Mutilação Genital Feminina (MGF) Corte Genital Feminino (CGF), um crime contra os direitos humanos das mulheres, nomeadamente os sexuais e reprodutivos!

MGF, APEDREJAMENTO, QUEIMADURA COM ÁCIDO, PUNIÇÃO EM PRAÇA PÚBLICA, CASAMENTOS FORÇADOS, ESCRAVATURA, TRÁFICO E EXPLORAÇÃO SEXUAL- são alguns dos crimes com base no género e em valores de honra que afectam mulheres de todas as idades, culturas e religiões. São práticas tradicionais prejudiciais que reforçam a vitimização e a feminização do crime e põem em causa os direitos humanos básicos das crianças e mulheres, e a sua verdadeira igualdade de oportunidades e plena cidadania.

A **Mutilação Genital Feminina (MGF) Corte Genital Feminino (CGF)** é um problema de violência com base no género, sobre as mulheres de todas as idades que exige de homens e mulheres dos sectores formais e informais, governamentais e não governamentais uma acção articulada para a desencorajar.

A MGF enquanto acto de violência sexual com base no género faz parte de um conjunto variado de práticas tradicionais nefastas que persistem na actualidade e cujo enquadramento, erradicação e recursos é dado por um conjunto diversificado de convenções e acordos internacionais e nacionais. A abordagem da Mutilação Genital Feminina / CGF implica igualmente o respeito pelos acordos firmados nos *fora* da ONU - UNFPA, UNIFEM, OMS e UNICEF, União Europeia, Comité Inter-Africano Sobre Práticas Tradicionais, União Africana entre outros; implica que as actuações sejam acompanhadas com a definição de programas e de medidas estruturais, nomeadamente as que existem no âmbito das NU.

A Mutilação Genital Feminina é um acto de violência que não pode ser justificado tendo por base as tradições, as questões culturais ou eventuais questões de carácter religioso, nem estas podem constituir entrave ao seu desencorajamento e erradicação.

A MGF é irreversível. Não existe tratamento nem reconstituição. Exige-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde um protocolo clínico de actuação, inexistente em Portugal, que garanta o acompanhamento clínico, nomeadamente o psicológico, que constitua um guia de boas práticas para os profissionais de saúde. e para que sejam desenvolvidas cirurgias que minimizem tanto quanto possível a irreversibilidade.

Na perspectiva dos direitos humanos, a abordagem assenta fundamentalmente no direito à privacidade e à integridade de acordo com o princípio da não-discriminação. Os Estados devem adoptar medidas convenientes no sentido de se protegerem crianças, raparigas e mulheres da MGF bem como providenciar todo o apoio adequado às vítimas da MGF, permitindo que tanto nos países de origem como nos países de acolhimento as mulheres possam ter acesso à educação/informação e aos serviços de saúde adequados.

De acordo com estudos da Organização Mundial de Saúde, Portugal é um país de risco no que respeita a esta prática tradicional, hoje considerada ao nível de muitos fóruns internacionais, inclusive das Nações Unidas e União Europeia, de violência e discriminação sobre as mulheres.

Dados da OMS estimam que cerca de 130 milhões de mulheres e crianças tenham sido já submetidas à mutilação genital feminina (MGF) e cerca de 2 milhões se encontram em risco pois é, ainda hoje, praticada em

cerca de 28 países do continente africano: sendo executada pontualmente em alguns países da Península Arábica, como Oman, Yemen, Bahrein e Emiratos Árabes Unidos, assim como em algumas regiões da Indonésia e Malásia. Também na Índia a prática da mutilação é realizada por um pequeno grupo étnico.

Em Portugal existem emigrantes (legais e ilegais) de vários países onde o CGF /MGF é praticada, entre os quais: Guiné-Bissau, Tanzânia, África do Sul, Costa do Marfim, Gâmbia, Ruanda, Mali, Gâmbia, Guiné Equatorial, Nigéria, Serra Leoa, entre outros.

Estas comunidades migrantes tendem a concentrar-se em bairros, na sua maioria clandestinos, onde a manutenção e reprodução de elementos sócio-culturais dos seus países /comunidades de origem são recuperados e mantidos, como um quase “surviver” integrador.

Com base nos pressupostos da não discriminação e resposta a necessidades específicas de populações mais carenciadas, APF defende:

- a abordagem intercultural e de respeito pelos direitos humanos das pessoas e suas famílias em todos os documentos e iniciativas;
- a realização de estudos que permitam conhecer as necessidades em matéria de direitos e saúde sexual e reprodutiva das comunidades residentes em Portugal - atendendo ao facto de Portugal ser hoje um país preferencial de acolhimento para muitos emigrantes oriundos de todos os continentes com impacto no tecido social-cultural e económico;
- o reconhecimento do Direito a serviços e cuidados de saúde, educação e sociais que promovam a integração ;
- a necessidade de serem implementadas medidas efectivas, regulamentadas e no terreno que protejam e promovam as mulheres que estão em Portugal e as que enfrentam este problema em países em Desenvolvimento, com quem Portugal tem relações diplomáticas;
- que se oiçam as mulheres emigrantes que vivem em Portugal e que sejam elas a ter um papel importante neste debate e processo;
- a inclusão do tema da MGF e demais práticas tradicionais nefastas nos conteúdos de formação e informação da APF;
- o desenvolvimento de módulos de formação sobre violência intra e extra familiar que incluam as questões de violência sexual e género como a MGF, os abusos sexuais, a exploração sexual;
- a necessidade de incluir a eliminação da Mutilação Genital Feminina nos programas de cooperação com os países em desenvolvimento onde esta prática existe;
- que sejam estruturados programas de saúde com objectivos de prevenção, actuação e apoio junto das comunidades migrantes em Portugal e nos países onde ela existe, ao nível da Saúde Sexual e Reprodutiva incluindo a Maternidade-segura, Violência de Género, VIH/SIDA e Erradicação da Pobreza, entre outros;
- que sejam também incluídos nos programas de Educação Sexual, Desenvolvimento Pessoal e Social e Igualdade de Oportunidades, conteúdos explícitos sobre MGF e outras formas de violência.