



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Martinha de Jesus Correia da Silva

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA:
UM DESAFIO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE

Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Luís Carlos Carvalho Graça
Professora Doutora Els Leye

Fevereiro de 2013

À Professora,
que sempre me ajudou a tornar o sonho realidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Graça, pelo apoio, incentivo, conhecimento e disponibilidade demonstrada em todos os momentos deste longo percurso, sem os quais seria difícil chegar à meta final.

À Professora Doutora Els Leye, pela cedência do questionário e revisão de todo o trabalho, fundamentais para a realização e enriquecimento do mesmo.

Às Instituições Hospitalares e respetivos Profissionais de Saúde, que permitiram que este estudo se realizasse.

À família, ao Marcelo e aos amigos, pela compreensão em todos os períodos de ausência e pelo estímulo constante, cruciais para que de todo o esforço fossem brotando os frutos.

À Palmira, à Dálida e à Catarina, pelo companheirismo e paciência em tantos momentos, primordiais para a concretização deste trabalho.

À Bruna, à Joana, ao Ricardo e à Carina, pela revisão e tradução do texto, contribuindo para que o trabalho se tornasse mais completo.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para que o sonho cedesse lugar à realidade.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APF – Associação para o Planeamento da Família

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DGS – Direção-Geral da Saúde

IMAP – International Medical Advisory Panel

MGF – Mutilação Genital Feminina

OHCHR – Office of the High Commissioner for Human Rights

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNDP – United Nations Development Programme

UNFPA – United Nations Population Fund

UNICEF – United Nations Children’s Fund

WHO – World Health Organization

RESUMO

Os profissionais de saúde, cada vez mais, necessitam de estar preparados para prestar cuidados de uma forma transcultural, atendendo à especificidade das tradições a que as pessoas que cuidam são sujeitas, como é o caso da Mutilação Genital Feminina (MGF). Esta é uma prática comum em alguns países africanos e asiáticos, estando a disseminar-se um pouco por todo o mundo, incluindo Portugal, reclamando uma atenção especial por parte do setor da saúde, tendo em conta as características que este ritual envolve. Desta forma, parece pertinente identificar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, designadamente, Médicos Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia relativamente à Mutilação Genital Feminina, constituindo-se este como o objetivo primordial do presente trabalho. Para o efeito, desenvolveu-se um estudo descritivo, recorrendo a uma amostra de 138 profissionais de 4 Centros Hospitalares da região Norte de Portugal, utilizando-se como instrumento de colheita de dados o questionário de Leye et. al. (2006). Dos resultados, salienta-se a carente abordagem do tema ao longo da formação de base e especialidade, a escassez de conhecimentos nesta área e a despreocupação pela mesma. Por outro lado, os profissionais, na generalidade, revelam atitudes positivas no que respeita a este assunto. Identificaram-se, também, ainda que escassas, situações de prestação de cuidados a mulheres vítimas de MGF, para as quais alguns comportamentos não foram totalmente adequados. Em síntese, a particularidade e gravidade da situação intersetada com a carência de conhecimentos revelada pelos profissionais e a existência real de casos de MGF no nosso país, deve levar-nos a repensar as práticas e redefinir objetivos, no sentido da prestação de cuidados mais individualizados e multidisciplinares.

Fevereiro de 2013

Palavras-chave: Mutilação Genital Feminina, Promoção da Saúde, Saúde da Mulher, Saúde Sexual

ABSTRACT

Healthcare professionals, increasingly, need to be prepared to provide care in a transcultural way, given the specificity of the traditions that people who care are subject, as is the case of Female Genital Mutilation. This is a common practice in some African and Asian countries, with a spread all over the world, including Portugal, demanding special attention from the health sector, taking into account the characteristics that this ritual involves. Thus, it seems appropriate to identify the knowledge, attitudes and behaviors of health professionals, particularly, Medical Specialists in Gynecology and Obstetrics and Maternal Health Specialists Nurses and Midwifery regarding the Female Genital Mutilation, constituting it as the primary objective of the present research. For this purpose, we developed a descriptive study using a sample of 138 professional of 4 Hospitals of the region north of Portugal, using as an instrument of data collection the questionnaire Leye et. al. (2006). From the results, we highlight the poor approach of the theme throughout basic training and expertise, lack of knowledge in this area and the same nonchalance. Moreover, professionals in general show positive attitudes regarding this matter. Were identified, too, albeit scarce, situations of care for women victims of FGM, for which some behaviors were not entirely adequate. In summary, the particularly and gravity of this situation with the lack of knowledge shown by professionals and the existence of real cases of FGM in our country, should lead us to rethink the practices and redefine goals, towards more individualized care and multidisciplinary.

February 2013

Keywords: Female Genital Mutilation, Health Promotion, Women's Health, Sexual Health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA	4
1.1. Razões que conduzem à prática da Mutilação Genital Feminina	6
1.1.1. Valores, Crenças e Atitudes	7
1.1.2. Razões de Higiene e Estéticas	8
1.1.3. Razões Étnicas e Tradicionais	9
1.1.4. Razões Sócio-económicas	10
1.1.5. Razões Relacionadas com o Género	11
1.2. Repercussões da Mutilação Genital Feminina	12
1.3. Dimensão do Problema a Nível Internacional e Nacional	18
CAPÍTULO II - LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL E NACIONAL ACERCA DA MGF	23
CAPÍTULO III - A MGF NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	28
CAPÍTULO IV - PRÁTICAS PROFISSIONAIS	31
CAPÍTULO V – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	35
5.1. Objetivos	36
5.2. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	36
5.2.1. Tipo de Estudo	37
5.2.2. Terreno de Pesquisa	37
5.2.3. População e Amostra	38
5.2.4. Instrumento de Colheita de Dados	40
5.2.5. Procedimentos Éticos e Colheita de Dados	42
5.2.6. Tratamento de Dados	43
CAPÍTULO VI - RESULTADOS	44
6.1. Conhecimentos dos Profissionais relativamente à MGF	44
6.2. Atitudes dos Profissionais relativamente à MGF	46
6.3. Comportamentos dos Profissionais relativamente à MGF	50
CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO	54
CAPÍTULO VIII - CONCLUSÕES	71
8.1. Da Revisão da Literatura	71
8.2. Da Investigação	73
8.3. Recomendações	78
8.4. Limitações do estudo	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICES	87

APÊNDICE A

QUADRO 3 - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ENTRE PROFISSIONAIS RELATIVAMENTE AO GÊNERO	88
--	-----------

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – QUESTIONÁRIO	90
--	-----------

ANEXOS	97
---------------	-----------

ANEXO I

AUTORIZAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	98
---	-----------

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	103
--	------------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais quanto às atitudes face à MGF (n=138)	48
Quadro 2 - Distribuição dos profissionais quanto às atitudes face a um pedido de reinfibulação após o parto (n=138).....	50
Quadro 3 – Análise das diferenças entre profissionais relativamente ao género (n=138) ..	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição conforme as características situação profissional e término da especialidade (n=138).....	39
Tabela 2 - Distribuição conforme o grupo etário e sexo (n=138)	39
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais conforme a inclusão da MGF na formação profissional (n=138)	44
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais conforme os conhecimentos sobre MGF (n=138)	45
Tabela 5 – Distribuição dos profissionais conforme os conhecimentos sobre a prática de MGF em Portugal (n=138)	45
Tabela 6 – Distribuição dos profissionais quanto às necessidades de formação (n=138) .	46
Tabela 7 – Análise das diferenças entre profissionais relativamente às atitudes face à MGF (n=138)	49
Tabela 8 – Análise das diferenças entre grupos profissionais relativamente às atitudes perante um pedido de reinfibulação após o parto (n=138)	50
Tabela 9 – Distribuição dos profissionais quanto à prestação de cuidados de saúde a mulheres vítimas de MGF (n=138)	51
Tabela 10 - Distribuição dos profissionais quanto às complicações resultantes da MGF observadas (n=7)	51
Tabela 11 - Distribuição dos profissionais quanto ao Tipo de MGF com que se depararam (n=7)	52
Tabela 12- Distribuição dos profissionais quanto à procura de informação após contacto com situações de MGF (n=7)	52
Tabela 13 – Distribuição dos profissionais quanto ao empreendimento de ações de desincentivo de MGF em grávidas (n=7)	53

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde consiste no processo que culmina com o aumento da capacidade dos indivíduos e comunidades para gerirem a sua própria saúde, com o objetivo de a melhorar, devendo para tal, encontrar-se capazes de “identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar-se ou adaptar-se ao meio” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1986). Desde 1988, com as Recomendações de Adelaide, que a saúde das mulheres tem surgido como tema central no âmbito da Promoção da Saúde, já que se reconhece o papel destas como agente promotor de saúde por excelência, tornando-se fundamental o seu contributo para a formulação de políticas que visem preservar o direito à autodeterminação da sua saúde, designadamente no que respeita a grupos minoritários, indígenas ou étnicos com características culturais particulares (OMS, 1988).

Apesar desta preocupação com a saúde das mulheres, especificamente as pertencentes aos grupos supramencionados, existem ainda grandes entraves ao poder da mulher decidir aquilo que considera melhor para a sua saúde, designadamente quando falamos de práticas como a Mutilação Genital Feminina. Esta é uma tradição de tal forma enraizada em determinadas comunidades que, apesar de todos os efeitos prejudiciais que acarreta, continua a perpetuar-se e mesmo a estender-se a países onde a mesma não se realizava.

A Mutilação Genital Feminina diz respeito a qualquer procedimento que cause danos aos órgãos genitais femininos sem motivo clínico, destacando-se a remoção total ou parcial da estrutura externa da genitália (World Health Organization [WHO], 2011). Dado existir uma grande diversidade de procedimentos de mutilação, tendo distintas repercussões para a menina/mulher, houve a necessidade de os tipificar, de maneira a poderem uniformizar-se os conceitos e facilitar-se a prestação de cuidados às vítimas desta tradição. Assim, os tipos de MGF variam entre I e IV, dizendo o Tipo I respeito à clitoridectomia, o Tipo II à excisão, o Tipo III à infibulação e o Tipo IV a todas as outras agressões aos órgãos genitais femininos sem fundamentação médica (WHO, 2008).

As razões que permitem a continuação desta prática são variadas, desde estéticas, de higiene, étnicas, tradicionais, socioeconómicas, religiosas, relacionadas com diferenças de género e até mesmo de saúde (Leye, 2008). São, também, diversas as complicações que decorrem da Mutilação Genital, algumas das quais consequentes da especificidade do Tipo de MGF praticado. Entre a grande panóplia de complicações encontram-se a dor, a

hemorragia, a infeção, a retenção urinária, o choque, morte, alterações psicológicas e sociais, podendo ocorrer tanto a curto como a médio e longo prazo.

Apesar da MGF ser predominantemente realizada em comunidades da África e Ásia Ocidental (United Nations Population Fund [UNFPA], 2007), a Organização Mundial de Saúde alerta para a globalização que este ritual pode assumir, devido aos fluxos migratórios verificados com pessoas oriundas destas comunidades para países desenvolvidos de outros continentes, estimando-se que 100 a 140 milhões de meninas e mulheres tenham sido mutiladas (WHO, 2011). Concretamente na Europa, não se registam dados que permitam aferir acerca da dimensão deste fenómeno ou do risco de ocorrência do mesmo (Leye, 2008), apesar de as estimativas mostrarem que podem viver neste continente aproximadamente 500.000 mulheres vítimas de MGF (Equipa da Campanha Europeia Fim à MGF, s.d.). Portugal inscreve-se neste cenário, já que recebe imigrantes oriundos das referidas comunidades e etnias, existindo, portanto, o risco de fazerem perdurar no país de acolhimento as tradições do país de origem, sendo este um alerta da OMS (Frade & Gonçalves, 2004). Por outro lado, as mesmas autoras ressaltam o facto de se poderem acolher meninas ou mulheres que sofreram MGF no seu país de origem, o que exige grande atenção por parte de todos os setores da sociedade, com o objetivo de identificar estas situações e poder implementar medidas de combate à prática e apoio às vítimas.

Tendo em conta estes pressupostos e cruzando com a diversidade de complicações que podem decorrer da prática deste ritual, parece óbvia a importância dos profissionais de saúde em todo este cenário, ao qual são chamados, com todas as competências técnicas e relacionais que a peculiaridade da situação exige.

Desta forma, torna-se pertinente apurar se os profissionais de saúde se encontram aptos a prestar cuidados a mulheres vítimas de Mutilação Genital Feminina, isto é, se possuem os conhecimentos, atitudes e comportamentos adequados à especificidade destes casos, brotando daqui o objeto do presente trabalho.

Assim, o estudo assentou na seguinte questão "*Quais os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia, da região Norte de Portugal, relativamente à Mutilação Genital Feminina, no ano 2012?*", sendo o objetivo do mesmo identificar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia face ao referido fenómeno.

Para o efeito selecionaram-se quatro Centros Hospitalares da região Norte de Portugal e procedeu-se à seleção da amostra. Posto isto, recorreu-se ao questionário como instrumento de colheita de dados e analisaram-se os mesmos com o recurso a técnicas estatísticas adequadas a um estudo descritivo.

O presente trabalho encontra-se estruturado em oito capítulos. Os quatro primeiros reportam-se à revisão da literatura, onde são abordados os conceitos relacionados com a Mutilação Genital Feminina que suportam todo o estudo. No quinto capítulo aborda-se a metodologia do estudo, onde se desenvolveu a amostra utilizada, o instrumento de colheita de dados, assim como a forma de tratamento dos resultados. No sexto e sétimo capítulos apresentam-se e discutem-se os resultados, respetivamente. Por fim, no oitavo capítulo expõem-se as principais conclusões decorrentes dos resultados encontrados e, mediante estes, esboçam-se algumas recomendações.

CAPÍTULO I - MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

O termo Mutilação Genital Feminina refere-se a todos os procedimentos que envolvam a remoção total ou parcial da estrutura externa da genitália feminina ou outros danos que afetem os órgãos genitais femininos por razões não médicas (WHO, 2011).

Estes procedimentos foram designados tanto por "Mutilação Genital Feminina" como por "Circuncisão Feminina", indiscriminadamente, o que acabou por gerar alguma controvérsia (WHO, 1998). A Organização Mundial de Saúde, no mesmo documento, explica que o argumento mais comum para a utilização do termo "circuncisão" se reporta para a sua similaridade com a circuncisão masculina, uma vez que o seu conceito médico diz respeito à remoção do prepúcio do pénis e clítoris. Relativamente ao termo "mutilação", o seu sentido lato não é muito diferente da circuncisão masculina, pois ambos se referem a rituais de corte dos genitais, sem qualquer impacto positivo para a saúde. Porém, enquanto a Circuncisão Masculina é uma exigência nítida de algumas religiões, a Mutilação Genital Feminina não o é, e apesar disto, a diferença mais grave entre estas duas práticas parece ser o efeito negativo que a segunda acarreta para a saúde sexual da mulher, mesmo quando se trata da sua forma mais simples.

Assim, torna-se evidente a necessidade de utilizar os dois termos especificamente para cada situação, tornando as práticas isentas de dubiedade.

Desta forma, optou-se, nos finais da década de 70, por utilizar mais frequentemente a terminologia "Mutilação Genital Feminina". Em 1991, a Organização Mundial de Saúde aconselhou a utilização desta expressão pelas Nações Unidas, tendo sido, a partir desta data, muito utilizada nos documentos desta organização, sendo também a nomenclatura adotada pela OMS (Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR], et al., 2009).

No final da década de 1990, as expressões "corte dos genitais femininos" e "mutilação genital feminina/corte" começaram a vulgarizar-se, tanto em trabalhos de investigação como em algumas agências, devido ao facto de se associar a negatividade da palavra "mutilação" ao afastamento das comunidades e conseqüentemente à, possível, mudança de comportamento (Ibidem).

Conforme é explicado na Declaração Conjunta para a eliminação da Mutilação Genital Feminina (Ibidem), desde 1995 a Organização Mundial de Saúde tem classificado esta prática em diferentes categorias, as quais também têm sofrido algumas alterações ao longo

do tempo. Deste modo, depois de alguns pareceres e consultas convocados pela OMS, não se conseguiu fundamentar uma nova classificação, ajustando-se, no entanto, a já existente, atribuindo-lhe subdivisões, no sentido de abarcar toda a diversidade de procedimentos (Ibidem).

Assim, no que concerne à tipologia, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) define quatro Tipos de Mutilação Genital Feminina:

- ✓ O Tipo I ou clitoridectomia diz respeito à remoção parcial ou total do clítoris e/ou prepúcio, podendo subdividir-se em Tipo Ia) (remoção somente do clítoris) e Tipo Ib) (remoção do clítoris com o prepúcio), quando se torna importante distinguir as principais variações neste tipo.
- ✓ O Tipo II ou excisão refere-se à remoção total ou parcial do clítoris e pequenos lábios, com ou sem exérese dos grandes lábios, sendo que, quando se torna necessário distinguir entre as maiores variações documentadas deste Tipo de mutilação, se encontram o Tipo IIa) (remoção apenas dos pequenos lábios), Tipo IIb) (remoção total ou parcial do clítoris e pequenos lábios) e o Tipo IIc) (remoção total ou parcial do clítoris, pequenos e grandes lábios).
- ✓ O Tipo III ou infibulação consiste no estreitamento do orifício vaginal e criação de uma membrana selante através do corte e aposição dos pequenos lábios e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris, sendo subdividido em Tipo IIIa) (remoção e aposição dos pequenos lábios) e Tipo IIIb) (remoção e aposição dos grandes lábios) sempre que seja significativo distinguir entre as principais variações verificadas neste Tipo.
- ✓ O Tipo IV, envolve todas as outras agressões contra a genitália feminina por razões não-médicas, como por exemplo, punção, perfuração, incisão, escarificação e cauterização.

Segundo Yoder e Khan, as estimativas actuais indicam que cerca de 90% dos casos de mutilação são do Tipo I, Tipo II ou Tipo IV, enquanto se registam aproximadamente 10% do Tipo III (WHO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde explica que apesar da extensão do corte ao nível do tecido genital, geralmente, aumentar do Tipo I até ao Tipo III, existem exceções, acrescentando que a gravidade e o risco se encontram intimamente relacionadas com a

extensão anatómica do corte, incluindo o tipo e quantidade de tecido que é seccionado, o qual pode variar entre os diferentes Tipos. Relativamente ao Tipo IV, a OMS, refere que compreende uma grande variedade de práticas que não implicam a remoção de tecido genital, parecendo estar também, associado a um menor risco ou dano do que os restantes (WHO, 2008).

Conforme a Declaração Conjunta (OHCHR, et al., 2009) os critérios necessários para se classificar uma prática de Mutilação Genital Feminina deverão estar em consonância com os dos direitos humanos, onde se incluem o direito à saúde, os direitos das crianças, assim como o direito à não discriminação com base no sexo.

1.1. RAZÕES QUE CONDUZEM À PRÁTICA DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Não se podem precisar as origens da Mutilação Genital Feminina, no entanto, evidências de múmias egípcias sugerem que já há mais de 5000 anos este ritual era praticado. Sabe-se também que as mulheres escravas da Roma Antiga eram submetidas ao encerramento dos seus pequenos lábios com anéis de metal, com o objetivo de não poderem procriar. Segundo Kandela, citado pelo United Nations Development Programme (UNDP), UNFPA, WHO, World Bank (2006), no Reino Unido, durante o século XIX, a remoção cirúrgica do clítoris era uma técnica aceite para o controlo da esterilidade, epilepsia e masturbação, desconhecendo-se a razão de apenas as mulheres serem submetidas a este tipo de procedimento quando se conheciam homens que padeciam dos mesmos males. No que respeita à África e Médio Oriente, pensa-se que esta tradição se começou a enraizar desde há séculos, apesar de existirem países no continente africano, como o Iémen, que somente adotaram este ritual no decorrer do século XX devido a contactos com povos onde a Mutilação Genital Feminina era praticada (United Nations Development Programme [UNDP]; UNFPA; WHO; World Bank, 2006).

Podemos, então, constatar que se trata de uma prática ancestral e conforme Martingo (2009), torna-se difícil concretizar uma explicação para o seu aparecimento, sendo a complexidade que envolve todo o ritual, acompanhado por uma panóplia de fundamentações baseadas na mitologia ou mesmo em simples especulações. Leye (2008) acrescenta que as razões que conduzem à Mutilação Genital Feminina podem ser

resumidas em religiosas, de saúde, de higiene, de cariz étnico ou tradicional, sócio-económicas ou relacionadas com o género. No entanto, a mesma autora explicita que esta distinção é um tanto artificial, já que os motivos deste ritual podem não existir isoladamente mas sim concomitantemente, acrescentando De Bruyn, citado por Leye (2008), que estas mesmas razões variam consoante a região, grupo étnico ou comunidade.

Segundo Abreu (2003), a mutilação apresenta-se, em muitos destes contextos culturais, como uma condição para a purificação e vivência da feminilidade, sem o qual a mulher seria ostracizada. No entanto, o mesmo autor clarifica que é muito ambíguo o significado cultural desta prática, sendo as culturas e as suas motivações muito variadas.

Assim, a MGF é uma tradição milenar, cujas causas variam consoante a comunidade e/ou grupo étnico em que se realizam.

1.1.1. Valores, Crenças e Atitudes

A religião pode estar na base de algumas explicações para a perpetuação do presente ritual em vários países, no entanto, os dados revelam que não existe uma relação consistente entre uma crença religiosa e a Mutilação Genital Feminina. Assim, em países como Benin, Costa do Marfim, Etiópia, Gana, Quénia e Senegal existe uma maior predisposição para a MGF ser praticada de forma mais determinante por muçulmanos do que por cristãos. Contudo, existem outros países onde esta diferença não é relevante, assim como existem outros como Níger, Nigéria e Tanzânia, onde esta prevalência é maior entre os cristãos do que entre os muçulmanos (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2005). Conforme explica Mohammad, citado por Leye (2008), a maioria dos muçulmanos (80%) não praticam a Mutilação Genital Feminina, facto este que parece vir contrariar a crença de que este ritual se encontra associado à religião.

Ainda se acredita, em diferentes grupos étnicos africanos, que esta tradição é uma regra Islâmica, o que tem suscitado discussões entre opositores e defensores da MGF, as quais têm culminado no reconhecimento de que esta tradição não se encontra recomendada em nenhum texto religioso. A persistência desta prática, especialmente entre muçulmanos, deve-se ao facto de muitas destas mulheres não terem acesso aos textos religiosos porque são iletradas, e em parte, também, pelo facto de muitos líderes religiosos não se oporem abertamente a todas as formas de MGF (Leye, 2008).

Pode acrescentar-se que a Mutilação Genital Feminina foi identificada tanto em grupos muçulmanos, como cristãos, judeus, animistas e ateístas, e apesar de não se incluir em nenhuma forma de ensinamento religioso, esta associação brota de interpretações específicas dos textos sagrados e respectivos ensinamentos (Frade & Gonçalves, 2004).

Por outro lado, em algumas comunidades étnicas oriundas do Senegal e da Gâmbia, os motivos para a consumação da MGF incluem a saúde em geral, a facilitação do parto, a prevenção do nascimento de crianças mortas em primíparas, pois acreditam que se o bebê ao nascer toca com a cabeça no clítoris da mãe pode morrer ou contrair algum distúrbio mental (Bedoya & Kaplan, 2004). A OMS (s.d.) acrescenta que, além destas crenças, em certas comunidades se acredita que a genitália de uma mulher não mutilada adquire o poder de cegar a pessoa que a assiste no parto, causar deficiência física na criança ou mesmo provocar a morte do marido. Oberreiter (2008) referindo-se a Skaine e Rosemarie, considera que além destas razões, a mutilação feminina pode estar relacionada com a diminuição da probabilidade de adquirir tétano ou outra doença da infância. No entanto, aquilo que se sabe atualmente é completamente contraditório, uma vez que é mais fácil ser infectado por tétano, assim como por outras doenças, quando ocorrem mutilações.

Leye (2008) explica ainda que, em algumas comunidades cujas mulheres foram submetidas à mutilação, se acredita que as mesmas possuem uma maior fertilidade, sendo que no Gana e na Nigéria, algumas mulheres foram mesmo mutiladas para curar a infertilidade. Por outro lado, os Mossi no Burkina Faso e os Bambara no Mali acreditam que o clítoris pode provocar impotência masculina ou mesmo matar o homem durante o ato sexual, enquanto para os Wala, no Gana, este órgão neutraliza a ereção, prevenindo, portanto, a concepção.

Assim, os motivos religiosos e relacionados com a saúde, apesar de completamente contraditórios e sem fundamento científico, são muitas vezes apresentados para justificar a perpetuação da MGF.

1.1.2. Razões de Higiene e Estéticas

Para além das crenças anteriormente explicitadas, em várias comunidades acredita-se que a Mutilação Genital Feminina é um ato catártico, permitindo que as meninas/mulheres mutiladas se desagrilhoem da sua condição de sujidade e fealdade, para se tornarem limpas e belas. Conforme aclaram Frade e Gonçalves (2004), em muitas culturas considera-se a genitália feminina impura e feia, sendo a mutilação o meio através do qual se pode

devolver a beleza a estes órgãos. As mesmas autoras explicam que, por vezes, também se argumenta que estes órgãos emanam um cheiro desagradável que desaparece através da mutilação, acrescentando que em árabe a expressão Mutilação Genital Feminina é Tahir, que significa, limpeza e pureza.

Talle, Ahmadu e Johansen, referidos pelo OHCHR, et al. (2009), referem que a mutilação é argumentada pela capacidade de eliminar partes masculinas presentes na mulher, como o clítoris, e no caso da infibulação, consoante declaram Talle e Gruenbaum (Ibidem), pela forma de dotar a mulher da suavidade necessária à beleza.

Por outro lado, segundo Frade e Gonçalves (2004), a Organização Mundial de Saúde aponta justificações que se prendem com a crença de que se uma mulher não for infibulada, o ar entra na vagina e pode desencadear infeções.

Desta forma, parece atribuir-se à MGF um cariz feminista, integrando o conceito de beleza feminina nas comunidades onde é praticada, conferindo a sua não realização um estigma de impureza.

1.1.3. Razões Étnicas e Tradicionais

Esta prática apresenta um cariz marcadamente étnico e tradicional, variando, aliás, de comunidade para comunidade. De entre todas as variáveis socio-económicas, a etnia é a que parece ter a influência mais determinante sobre a distribuição da MGF dentro de um mesmo país (UNICEF, 2005). Conforme explica Leye (2008), referindo-se a De Bruyn, a Mutilação Genital Feminina pode ser vista como uma prática que fortalece a coesão social, já que é pensada como forma de promover a identificação com uma cultura ou linhagem. Desta forma, a não adesão a este ritual pode comprometer a participação destas mulheres nas atividades da comunidade, como por exemplo, participar em funerais ou mesmo preparar a comida para os homens e/ou mulheres que tenham sido mutiladas.

As *solima* (mulheres não mutiladas) contaminam tudo o que tocam, devido ao seu estado de impureza, daí não se poder beber nem comer nada que seja preparado pelas mesmas, sendo este o pior insulto que uma mulher pode receber (Bedoya & Kaplan, 2004). Por outro lado, a sua condição de não mutiladas pode mesmo afetar outros membros da família. Por exemplo, entre os Samburu, no Quênia, rapazes cujas irmãs mais velhas não foram submetidas à mutilação não podem iniciar-se como guerreiros (Leye, 2008).

Pode acrescentar-se que nos locais onde esta tradição é praticada de forma generalizada, e apoiada tanto por homens como por mulheres, os seus opositores podem ser sujeitos à condenação e desonra ou mesmo serem ostracizados (OHCHR, et al., 2009). Daqui se depreende a relutância em abandonar este ritual, já que, como se aborda na Declaração Conjunta para a Eliminação da MGF, "a mutilação feminina é uma convenção social acompanhada por recompensas e punições que constituem uma poderosa força motriz para a continuação da prática" (OHCHR, et al., 2009, p. 7). A MGF é praticada por comunidades imigrantes em países sem tradição desta prática, já que a vontade de preservar a identidade cultural e étnica se sobrepõe, no sentido de demarcar as diferenças entre os grupos sociais (Dembour, Johansen e Johnson citados pelo OHCHR, et al., 2009).

Por todo o exposto, e consoante referem Bedoya e Kaplan (2004), a Mutilação Genital Feminina não é uma opção, mas antes uma ação determinada pela tradição.

Em síntese, pode dizer-se que a etnia influencia não só a decisão de realizar a MGF, mas também as consequências que advêm da sua não concretização, as quais adquirem uma negatividade superior relativamente à própria mutilação.

1.1.4. Razões Sócio-económicas

Conforme apontam Yoder et al., Ahmadu, Hernlund, Dellemborg citados pelo OHCHR, et al. (2009), a Mutilação Genital Feminina é essencial para a correta educação de uma menina, assim como para a preparação da vida adulta e casamento. Para Ahmadu, Hernlund, Behrendt, Johnson citados pelo OHCHR, et al. (2009), determinadas sociedades encenam esta prática como ritual de passagem, umas vezes de entrada em sociedades secretas de mulheres, outras de transição para a vida adulta e necessários para que se tornem membros responsáveis da sociedade em geral.

Como se pode constatar, em qualquer uma das situações este ritual assinala um momento importante na vida de cada menina/mulher que a ele é submetida, faz parte da sua própria identidade como mulher e como ser social. Esta importância que se atribui ao momento é, consoante explica Oberreiter (2008), refletida por algumas comunidades tanto através das celebrações que se operam no final da mutilação como no facto de se adornarem com vestidos novos e pinturas no rosto e/ou corpo. Em oposição, aquilo que acontece a uma mulher não mutilada é não ser considerada parte da comunidade e não poder usufruir dos

benefícios como os membros da mesma. Para além da integração na comunidade em si, toda a festividade que envolve o ritual pode ser entendida como um incentivo à adesão das meninas/mulheres ao mesmo (OHCHR, et al., 2009).

Por outro lado, a mutilação, em algumas comunidades, seria reconhecida como um ato de limpeza e beleza, sendo, portanto, de esperar que os homens apenas consentam casar com mulheres submetidas a este ritual. Se adicionarmos a isto o facto de, em muitas das comunidades onde se pratica a MGF, a mulher ser economicamente dependente do homem (Leye, 2008), com alguma facilidade percebemos o quão difícil pode ser opor-se a este ritual.

Estas comunidades parecem não valorizar ou mesmo reconhecer os efeitos prejudiciais desta prática, mesmo quando se tratam, como refere Leye (2008), de prejuízos económicos devido aos custos médicos ou à falta de produtividade relacionados com problemas de saúde decorrentes deste ritual. No entanto, se para uns esta tradição pode confinar alguns prejuízos económicos, para outros a mesma representa uma fonte de rendimento, como é o caso das excisadoras que, segundo De Bruyn, citado por Leye (2008), para além de ganharem a vida a realizar estas "operações" são como que as guardiãs da tradição, o que ajuda de forma relevante a preservar a mesma.

1.1.5. Razões Relacionadas com o Género

Por alguns dados que têm vindo a apontar-se, parece tornar-se explícita a relação entre a tradição da MGF e a desigualdade de género, onde a mulher é submetida à opressão a fim de se tornar aquilo que ela, na realidade, é: mulher.

Leye (2008) refere que alguns autores caracterizam a Mutilação Genital Feminina como um ritual de passagem através do qual a rapariga aceita a sua identidade feminina, preparando-se para o posterior casamento. Por outro lado, há quem conceba a MGF como um ritual de demarcação, cujo propósito consiste em fazer a distinção entre crianças e adultos de género ambíguo e/ou entre masculino e feminino.

Algumas comunidades creem que o clítoris é um órgão masculino, devendo, por este motivo, ser removido para que se possa assumir a verdadeira identidade feminina. Caso contrário, a preservação deste órgão poderia ser acompanhada de comportamentos

masculinos como a agressividade, aumento do desejo sexual e do número de parceiros (Frade & Gonçalves, 2004).

Leye (2008) acrescenta também que as questões relacionadas com assegurar a virgindade das mulheres até ao casamento (como pré-requisito para a sua consumação), reduzir o desejo sexual e prevenir relações extraconjugais e consequentemente filhos alheios à linhagem patriarcal são os fundamentos para a perpetuação desta prática, o que surge como uma honra em algumas comunidades.

Desta forma, e de modo dicotómico, estas mulheres assumem a sua feminilidade ao privarem-se de uma parte do seu corpo que é caracterizadora da mesma, por natureza.

1.2. REPERCUSSÕES DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

A mutilação provoca alterações irreversíveis na vida de quem a ela é submetida. Estas repercussões podem ser traduzidas por graves danos contra a integridade física e psicológica destas meninas e mulheres. Depois de removidos, os tecidos genitais não podem ser restituídos, o que imprime uma alteração física definitiva, independentemente de quaisquer outras complicações que possam advir.

Conforme explicado pelo International Medical Advisory Panel (IMAP) (2007), esta prática é muitas vezes realizada por curiosas ou um membro da família, com o recurso a meios tradicionais, em condições insalubres e sem anestesia. De acordo com Santiago (s.d.) os instrumentos utilizados pela excisadora podem ser variados, desde canivetes, facas, lâminas, tesouras, pedaços de vidro, espelhos, pedras com bordos cortantes e até unhas (para as bebés). Geralmente não se utilizam antissépticos e as condições de higiene de todo o local onde se realiza a mutilação ficam muito aquém do que seria desejável. Dirie relembra esta insalubridade quando se reporta à "(...) lâmina de barbear (...)" utilizada pela cigana para cumprir a cerimónia, explanando que viu "(...) sangue seco nas extremidades usadas da lâmina" para as quais a excisadora "(...) cuspiu (...) e limpou com o vestido" (Dirie & Miller, 1998, p. 44). Denota-se, assim, a falta de higiene subjacente a este ritual e que, num sentido mais amplo, lhe inculque várias das complicações de saúde subsequentes, nomeadamente infeções graves como tétano e VIH/SIDA ou mesmo Hepatites B e C (IMAP, 2007).

As complicações deste procedimento podem ser imediatas ou repercutirem-se a longo prazo, variando, geralmente, conforme o tipo de Mutilação Genital. De entre as

consequências imediatas ou a curto prazo destacam-se a hemorragia, a dor intensa e lesão dos tecidos, o choque, a infecção e septicemia, a retenção urinária e a anemia (OMS, s.d.).

A hemorragia é a complicação mais vulgar e simultaneamente mais fatal, acontecendo devido ao corte da artéria dorsal do clítoris e/ou dos vasos que se encontram nos pequenos e grandes lábios (OMS, s.d.). Este tipo de complicação, geralmente, ocorre durante ou imediatamente após o corte, podendo ainda observar-se hemorragias secundárias depois da primeira semana, em consequência de gangrena ou formação de coágulos sobre a artéria, devido a infecção (OMS, s.d.). Dois estudos realizados na Somália revelam que 34% e 30% das respondentes destacam a perda de sangue como uma das complicações da MGF, sendo nestes casos, a segunda complicação mais identificada pelas inquiridas (World Bank; UNFPA, 2004).

A dor é imediatamente sentida aquando do corte, podendo tornar-se de tal forma intensa ao ponto de provocar choque (OMS, s.d.). Assim, apesar de todas as nuances subjacentes a este ritual, em função da cultura e comunidade em que se pratica, parece existir um aspeto transversal a todas, a dor, "(...) uma dor inexplicável, uma dor que não se parecia com qualquer outra" (Khady & Cuny, 2005, p. 18). De salientar que todo este processo é realizado sem anestesia (Santiago, s.d.), o que deixa transparecer a dor agonizante por que passam estas crianças e mulheres, não só durante a mutilação mas mesmo posteriormente. Conforme adiantam Moreira e Correia (2001), a dor e o choque iniciais são, na generalidade dos casos, seguidos por infeções que, não raras vezes, conduzem à morte.

Estas mulheres correm também elevado risco de choque, nomeadamente pelas complicações apresentadas anteriormente, ou seja, pela hemorragia ou pela dor intensa (OMS, s.d.).

A dor, edema e inflamação resultantes da ferida e consequente infecção, podem conduzir a retenção urinária de duração variável, entre horas a dias, sendo, geralmente reversível. Nestes casos poderá ser necessária a introdução de um catéter vesical ou reversão do tecido suturado, a fim de possibilitar que a urina flua naturalmente (WHO, 1998).

Martingo (2009) acrescenta a estas complicações a anemia, a hipotensão, os danos em órgãos adjacentes, a desidratação, a celulite, febre, tétano, gangrena, assim como fraturas, devido à força realizada para segurar a pessoa que está a ser cortada em oposição à natural força que esta exerce para se tentar libertar.

Não bastando este sofrimento quase imediato, registam-se a longo prazo inúmeras complicações que, em última análise, ajudam a perpetuar o significado desta tradição ao longo de todo o ciclo vital, podendo apresentar-se mesmo como um símbolo peculiar do tipo de mutilação praticado.

Deste modo, e tendo em conta as particularidades de cada tipo de MGF, pode verificar-se a formação de quelóides ao nível da cicatriz, conduzindo à obstrução do canal vaginal; quistos dermóides ou sebáceos; compressão do nervo dorsal do clítoris pelo tecido fibroso cicatricial (neurinoma clitoriano), provocando dor pelo contacto com a roupa ou aquando das relações sexuais; ou abscessos vulvares, que podem ter origem em processos infecciosos resultantes de tratamentos incompletos ou suturas absorvidas (OMS, s.d.). No que concerne às quelóides, a OMS (1998) acrescenta que existe uma suscetibilidade genética, em muitas das comunidades que praticam a MGF, para a sua formação. Por outro lado, no que respeita aos quistos dermóides, a mesma organização especifica que são a maior complicação, a longo prazo, resultando da incorporação, ao nível da cicatriz, de tecido cutâneo, conduzindo a que a glândula que lubrifica a pele continue a segregar sob a cicatriz, formando o quisto.

Por sua vez, a infeção, a separação pelo fluxo urinário ou mesmo os movimentos para caminhar podem impedir que os bordos da ferida cicatrizem, condicionando feridas infetadas com drenagem purulenta que exigem cuidados específicos. No entanto, mesmo que a cicatrização fique completa, a cicatriz rígida e vulnerável no clítoris pode reabrir durante o parto, podendo ter como consequência nova hemorragia a partir da artéria clitoriana (WHO, 1998).

Facilmente se encontram casos de infeções urinárias e pélvicas em mulheres que sofreram mutilação de tipo III, uma vez que, pelas características desta prática, a urina e os fluxos vaginais tendem a ficar retidos, podem formar-se cálculos urinários e vaginais e podem, igualmente, existir lesões anteriores a nível uretral ou estenose vaginal, que contribuem para a ocorrência de amenorreia e distensão abdominal (OMS, s.d.). Para além deste, podem existir ainda outros distúrbios menstruais, como seja a dismenorreia, causada pela infibulação muito encerrada, escarificação extensa da vagina, ansiedade (OMS, s.d.); assim como infeções vaginais e uterinas (Muriel, et al., 2004).

Podem surgir, ainda, fístulas vesico-vaginais ou reto-vaginais resultantes tanto da MGF como da defibulação, reinfibulação ou trabalho de parto; incontinência, consequente das

referidas fístulas ou lesão da uretra; hematocolpos; dor, devido a doença inflamatória pélvica crónica (The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists, 1997).

Registam-se também casos de úlceras, consequentes da aposição de cristais de ureia na urina retida sob o tecido cicatricial; e infertilidade, geralmente como resultado de infeções pélvicas, que pode ser subdividida em primária ou secundária, existindo, também, casos raros de infertilidade provocados pela incapacidade de penetração durante o ato sexual, devido ao exagerado estreitamento do orifício vaginal (OMS, s.d.).

Encontram-se, ainda, relatadas situações de vaginismo, provocado tanto por lesões na região vulvar como por repetidas tentativas de penetração, bem como dispareunia. Por outro lado, muitas vezes, a penetração só é possível se houver a rutura das cicatrizes existentes (OMS, s.d.). Através destes dados, facilmente se percebe o quão difícil pode ser a vida sexual das mulheres que foram submetidas a este ritual, onde o ato de prazer cede lugar à dor e sofrimento. Nesta ordem de pensamento, conforme aclara Martingo (2009), se se entender o clítoris como a parte principal da sexualidade feminina, a sua mutilação pode ser percebida como a amputação da própria sexualidade.

Acresce, ainda, o facto de esta prática representar, frequentemente, um obstáculo à maternidade, já que se por um lado pode ser motivo de infertilidade, por outro pode dificultar o trabalho de parto. Assim, a Mutilação Genital pode ter um efeito muito negativo na saúde reprodutiva da mulher, explicando Martingo (2009) que durante o parto podem surgir várias complicações, como o rompimento do tecido cicatricial das mulheres excisadas, enquanto nas mulheres infibuladas se torna necessário reverter o processo de infibulação de modo a que o parto se concretize, existindo o risco de uma rutura perineal ou de uma obstrução (caso o parto não seja assistido). Uma das particularidades das mulheres que são infibuladas é que sempre que acontece um parto, no final do mesmo procede-se a nova infibulação, repetindo-se o processo de todas as vezes que a mulher parir, o que conduz a que cada vez seja mais difícil este acontecimento, já que o tecido cicatricial fica progressivamente mais consistente (Ibidem).

Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, 2006) em seis países africanos mostrou que as mulheres submetidas a MGF são mais propensas a complicarem por cesariana, hemorragia pós-parto, episiotomia, a um internamento mais prolongado, a reanimação do recém-nascido e a morte perinatal, do que as mulheres que não padeceram deste ritual.

Deste modo, parece emergir um contra-censo acerca deste ritual pois, se por um lado algumas das razões que justificam a sua prática são a fertilidade, a diminuição do risco de morte do recém-nascido, a proteção de enfermidades infantis e a facilitação do parto, por outro, a evidência científica demonstra-nos que esta tradição pode ser uma agravante em todas estas alegadas razões.

Embora as repercussões físicas sejam as que mais facilmente se percebem, pelo carácter próprio desta tradição, não se podem dissociar da mesma as consequências reproduzidas a nível psicossocial. Conforme o International Medical Advisory Panel (2007, p. 2), "o impacto negativo do procedimento no desenvolvimento psicológico e psicosexual de uma rapariga pode permanecer até à maternidade", acrescentando que se observam situações de ansiedade, depressão e medo de relações sexuais. Atendendo a todas as implicações decorrentes da Mutilação Genital Feminina, parece justificada a ocorrência de alterações a nível psicológico e social das mulheres submetidas a este ritual. Se formos, até, um pouco mais ousados podemos aferir que as complicações deste foro podem advir como repercussão da mutilação ou emergirem da sua ausência quando esta é uma prática comum em determinado grupo étnico, depreendendo-se assim, o cariz particular que esta tradição envolve. Black e Debelle, citados por Whitehorn, Ayonrinde e Maingay (2002), reforçam esta ideia ao proferirem que, em certas comunidades, é maior o impacto psicológico de não se ser mutilada do que o trauma consequente deste ato.

Como consequências do corte, a nível psicológico, são relatadas situações de ansiedade, humilhação, traição e terror, sendo que, segundo alguns peritos, será o trauma e choque a grande contribuição para tornar o comportamento calmo e dócil, o desejado em algumas comunidades onde a mutilação é aceite (Amnesty International, 1997).

Por outro lado, conforme a OMS (s.d., p. 48) estes sentimentos de amargura e traição podem, no futuro, conduzir a "uma crise de confiança e segurança para com a família e grupos de pertença (...). Pode afetar o relacionamento com as figuras parentais e «minar» a sua capacidade para desenvolver relações íntimas e de vinculação no futuro", assemelhando-se este acontecimento, para algumas meninas/mulheres, a uma experiência de violação.

Whitehorn, Ayonrinde e Maingay (2002) apontam que embora existam poucos dados sobre distúrbios individuais, efeitos psicológicos como depressão, ansiedade e stress pós-traumático têm sido descritos. A vivência da MGF encontra-se também associada a

perturbações mentais e psicossomáticas, como por exemplo, distúrbios ao nível do comportamento alimentar, dos hábitos de sono, da capacidade de concentração e aprendizagem, incluindo uma panóplia de sintomas, como insónias, pesadelos, perda de apetite, diminuição ou aumento de peso, ataques de pânico, dificuldades de concentração, assim como outros sintomas de stress pós-traumático (OMS, s.d.). Durante o desenvolvimento destas meninas podem surgir alterações relacionadas com auto-estima, auto-imagem, depressão, ansiedade crónica, fobias, pânico e perturbações psicóticas, para além do facto de a maioria terem que viver em silêncio a dor e o medo (OMS, s.d.). Lightfoot-Klein, citado por Whitehorn, Ayonrinde e Maingay (2002), refere que muitas mulheres mutiladas sofrem de síndrome de dor crónica, o qual, segundo estes autores, se encontra relacionado com um aumento do risco de humor deprimido, interação social reduzida, inutilidade, culpa e ideação suicida.

Obermeyer (2005) realizou uma análise dos estudos publicados entre 1997 e 2005 acerca das consequências da MGF ao nível da saúde e sexualidade. Os resultados evidenciaram riscos mais elevados para alguns tipos de infeção, apesar de algumas limitações inerentes aos estudos não ajudarem a clarificar determinadas consequências, como as infeções urinárias. Os resultados também sugerem uma associação entre a mutilação e alguns problemas ginecológicos e dificuldades obstétricas, apesar de não suportar hipóteses como a infertilidade e o aumento da mortalidade materno-infantil. Obermeyer (2005) apurou, ainda, que relativamente à sexualidade, os achados não suportam o impedimento da atividade sexual nem do prazer que a mesma pode suscitar como resultado da Mutilação Genital. No entanto, a autora adverte para o facto de a investigação neste domínio da sexualidade ser muitas vezes limitada, já que os projetos não têm em linha de conta os processos que medeiam a experiência de prazer e dor, sendo, assim, necessário realizar projetos mais fiéis aos significados locais que não se podem dissociar, de forma alguma, do comportamento e emoções sexuais.

Sabe-se que a investigação neste âmbito reclama estudos mais aprofundados, mas como explica Martingo (2009) só são possíveis se existir colaboração por parte de hospitais e clínicas, já que a bruma que cobre todo este ritual não permite uma grande facilidade de acesso a informações, para além de que quando estas existem tendem a ser minorizadas. Por outro lado, a autora acrescenta que a culpa de alguma consequência nefasta nunca é atribuída à tradição em si, mas a fatores como espíritos malignos, não observação total dos

rituais efetuados, ou mesmo à própria menina cuja promiscuidade poderá ser a causa do efeito negativo.

Em síntese, podemos constatar que são inúmeras as consequências que podem advir da realização de MGF, muitas delas graves ao ponto de condicionarem a morte. Estas repercussões podem prolongar-se ao longo da vida, tanto a nível físico, como psicológico e social, tornando-se como que a marca perene da tradição.

1.3. DIMENSÃO DO PROBLEMA A NÍVEL INTERNACIONAL E NACIONAL

A preocupação em conhecer a dimensão da MGF tem sido uma constante em todo o mundo, assim como a dificuldade para a conseguir, devido ao elevado secretismo de que esta tradição se reveste.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), a Mutilação Genital Feminina, geralmente, ocorre entre a infância e os 15 anos, podendo, ocasionalmente, ser realizada na idade adulta. Em África, cerca de 3 milhões de meninas, por ano, encontram-se em risco de sofrer MGF e no mundo, existem entre 100 a 140 milhões meninas e mulheres a viver com as consequências de uma Mutilação Genital. No continente Africano, estima-se que cerca de 92 milhões de meninas com 10 anos e mais foram submetidas a esta prática nefasta.

Conforme a Declaração Conjunta para a eliminação da MGF (OHCHR, et al., 2009), os dados de prevalência da MGF em África e no Iémen advêm da análise de inquéritos nacionais de larga escala implementados a mulheres entre os 15 e 49 anos. Neste sentido, apurou-se que a taxa de prevalência não é constante entre países e regiões nem mesmo dentro destes, atribuindo-se ao enquadramento étnico a principal razão desta variabilidade. Os resultados demonstram, então, que em oito países (Djibouti, Egito, Eritreia, Guiné, Mali, Serra Leoa, Somália e Sudão) a prevalência abrange quase a totalidade da população inquirida (mais de 85%, sendo no Egito 97% e na Guiné 99%); quatro países (Burquina Faso, Etiópia, Gâmbia e Mauritânia) registam elevados índices, entre os 60 e 85%, (80% na Etiópia e 71% na Mauritânia); outros cinco países (Chade, Costa do Marfim, Guiné-Bissau, Libéria e Quênia) apresentam uma taxa de 30 a 60% (32% no Quênia); enquanto os restantes onze países (Benim, Camarões, República Centro Africana, Gana, Iémen, Níger, Nigéria, Senegal, Uganda e República da Tanzânia) têm uma baixa prevalência (0,6 - 28,2%, registando-se 18% na República da Tanzânia, 17% em Benim e 5% no Níger), no

entanto, observam-se profundas variações no seio de alguns países (OHCHR, et al., 2009; UNICEF, 2005).

Sendo assim, a maioria das meninas e mulheres que se encontram em risco de sofrer Mutilação Genital encontram-se distribuídas por 28 países da África, Médio Oriente (Innocenti Research Centre - UNICEF, 2005) e da Ásia, sendo também estas as regiões onde se regista uma maior prevalência (OHCHR, et al., 2009).

Para além da prevalência variar com o enquadramento étnico, esta parece ser também a causa da realização dos diferentes tipos de mutilação (Ibidem). Deste modo, Yoder e Khan, citados pelo OHCHR, et al. (2009), apontam que cerca de 90% das situações de Mutilação Genital Feminina dizem respeito aos Tipos I e II, assim como a casos em que os órgãos genitais foram agredidos mas não houve excisão de tecidos (Tipo IV), reportando-se os restantes 10% para o Tipo III.

Tem-se verificado que as maiores taxas de prevalência se referem a países e regiões onde a MGF é tradicionalmente praticada. No entanto, conforme ressalva a UNICEF (Innocenti Research Centre - UNICEF, 2005), depois da II Guerra Mundial, os elevados fluxos migratórios que ocorreram a partir do continente africano, de regiões onde a MGF é uma prática comum, para os países industrializados da Europa Ocidental, fizeram com que a Mutilação Genital Feminina fosse adquirindo uma dimensão mais globalizada, já que esta prática poderia ocorrer nestes países de acolhimento, bem como foram recebendo meninas e mulheres já mutiladas no país de origem. Para além dos destinos europeus, o Canadá, Estados Unidos da América, Austrália e Nova Zelândia foram também escolhidos por migrantes (Ibidem), tornando o risco de mutilação muito mais alargado em termos geográficos e contribuindo para que a monitorização de casos e consequente atuação no sentido de abolir esta prática seja muito mais complicada. Conforme refere a UNICEF (2005), são raros os dados sobre prevalência e características da MGF nos países industrializados, sendo as investigações, muitas vezes, usadas para perceber a extensão do problema.

Segundo descrito na Resolução do Parlamento Europeu (2010), todos os anos, cerca de 180000 mulheres imigradas na Europa sofreram ou encontram-se em risco de sofrer Mutilação Genital, sendo que aproximadamente 500 000 mulheres foram vítimas desta tradição, não se descurando as jovens que são enviadas ao país de origem para serem mutiladas. O mesmo facto é corroborado pela Amnistia Internacional (Equipa da Campanha Europeia de Fim à MGF, s.d., p. 10) que explica que "a MGF prevalece na

União Europeia no seio de comunidades originárias de países onde essa prática é tradição" acrescentando ainda que "existem inúmeros casos de jovens mutiladas enquanto estão no estrangeiro de férias, assim como relatos e processos penais que apontam para a realização dessa prática na UE." Ao que parece, são mesmo os pais/mães ou outros familiares próximos que tendem a perpetuar esta tradição, recorrendo a excisadoras ou procurando assistência médica para a consumir.

Apesar de escassos, existem dados acerca da magnitude deste problema em alguns países da Europa. Em França, conforme descrito por Leye, citada por Leye e Momoh (2005), as estimativas variam entre 4500 e 7000 raparigas em risco de mutilação e entre 13 000 e 30 000 mulheres que foram mutiladas; na Alemanha contam-se cerca de 21 000 mulheres com MGF e prevêem-se 5500 raparigas em risco; na Itália, em 1994, o Ministério dos Assuntos Internos estimou que 28 000 mulheres e 4000 a 5000 raparigas mutiladas viviam no seu território.

No Reino Unido, a Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD, 2012) prevê que, todos os anos, cerca de 6500 meninas corram o risco de serem mutiladas.

Na Suíça, estima-se que existam cerca de 6700 mulheres e meninas afetadas ou em risco de sofrer mutilação genital (Jäger, Schulzeb, & Hohlfelda, 2002). Em 2009, em Espanha, dos mais de 5 milhões de estrangeiros que residem neste país, 40 000 são mulheres oriundas de países africanos onde a MGF é uma tradição enraizada (Marcusán & Gay, 2010), o que deixa transparecer uma possível prevalência do problema em território espanhol.

No que concerne a Portugal, a OMS, no ano 2000, atribuiu ao nosso país um risco considerável de Mutilação Genital Feminina, conforme se encontra explicitado no Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009). A estimativa deste risco baseia-se, à semelhança dos outros países europeus, na crença de que as comunidades migrantes provenientes de regiões onde a MGF é uma prática tradicional poderão perpetuar a mesma no país de acolhimento, ou mesmo proceder ao envio de menores ao país de origem para que a tradição se cumpra.

Confrontando os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008) referentes à população imigrante em 2008, onde se evidencia uma população proveniente da Guiné com 1848 residentes (1799 dos quais em Portugal Continental), da Guiné-Bissau com 23

842 residentes (23 570 no continente) e do Senegal com 2004 (sendo 1977 residentes em continente português), com as estatísticas referentes à prevalência da Mutilação Genital Feminina nestes três países, podemos confirmar o receio da OMS quanto à possível prática deste ritual em território português. Assim, a estimativa da prevalência de MGF entre os 15 e os 49 anos, no ano 2005, apontada na Declaração Conjunta para a Eliminação da MGF relativamente à Guiné, Guiné-Bissau e Senegal são, respetivamente, 95.6%, 44.5% e 28,2% (OHCHR, et al., 2009). Desta forma, e consoante descrito no Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009, p. 13) "estima-se, ainda, que residam em Portugal mulheres que tendo sofrido mutilação nos seus países de origem necessitem de cuidados de saúde físicos e psicológicos específicos".

No que concerne à realização deste ritual em solo Português, consoante revela Martingo (2009), não se pode afirmar com toda a certeza que o mesmo aconteça, no entanto, através das entrevistas que realizou pode suspeitar-se que esta prática já tenha tido lugar em Portugal e podem consumir-se ainda casos isolados. Desconhece-se, a concreta magnitude deste problema a nível nacional, parecendo, contudo, fundamental criar mecanismos e estratégias que impeçam que o mesmo se torne uma realidade, e ainda que muito reduzido, a sua simples existência deve ser desencadeadora de intervenção por todos os níveis da sociedade (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009).

Aquilo que se tem vindo a sentir é uma grande preocupação por parte de várias autoridades de saúde, da defesa dos direitos humanos, entre outras, no sentido de minimizar os danos e travar a prática da Mutilação Genital Feminina, unindo esforços no sentido de se estabelecerem projetos e campanhas que visem alcançar estes objetivos. No que respeita à globalização desta problemática, a International Organization for Migration (s.d., p. 2) considera que a mesma, apesar de enfrentar grandes desafios, pode considerar-se como uma "window of opportunity for change"¹. Esta Organização explica, que os desafios com que se deparam os países de acolhimento da MGF são geralmente os mesmos que já existem nos países de origem, ou seja a relutância marcada à mudança de comportamentos, acrescendo o facto de a intervenção ter que se ajustar às características específicas do contexto de migração (International Organization for Migration, s.d.).

¹ "Janela de oportunidade para a mudança" – Tradução livre

Assim, e apesar de parecer mais fácil intervir nos países industrializados dado que provavelmente as comunidades que praticam esta tradição são menores, a verdade é que nem sempre se conhece a dimensão do problema ou mesmo se este se perpetua nos países de acolhimento, votando-se muitas vezes ao silêncio a dor de quem sofre com este ritual.

CAPÍTULO II - LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL E NACIONAL ACERCA DA MGF

A MGF tem sido objeto de atenção do direito, quer em termos latos, quer específicos. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (Aviso de 9 de Março, 1978) no seu Art.5º refere que "Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes". Porém, continuamos a assistir a atos cruéis e desumanos que são uma ofensa à integridade física e mental das pessoas que os sofrem, como é o caso da Mutilação Genital Feminina, a qual atenta não unicamente contra este artigo mas contra vários deste mesmo documento, assim como contra outros documentos elaborados para defender a integridade das pessoas. A International Organization for Migration (s.d.) explica que esta prática transgride uma grande panóplia de princípios, normas e padrões, entre os quais o princípio da igualdade e não discriminação baseada no género; o direito à vida, já que o procedimento pode resultar na morte; o direito de não ser torturado ou tratado cruelmente; o direito à máxima saúde possível; o direito à integridade física e direitos da criança a proteção especial. Assim, podemos perceber a gravidade do ato e simultaneamente a importância que tem combater esta tradição, sendo o envolvimento de todos, sem exceção, primordial para que se consigam atingir os objetivos.

Reconhecendo este fenómeno como um atentado aos direitos humanos e adicionando o facto de o mesmo se encontrar disseminado por grande parte do globo, justifica-se a especial atenção que as Nações Unidas e os diversos órgãos a ela associadas lhe têm depositado, sendo constantes as ações de luta para se erradicar a Mutilação Genital Feminina. No entanto, é necessária a colaboração de todos os países onde este ritual possa ser uma realidade de forma a serem criadas leis adequadas a cada contexto particular, no sentido de salvaguardar os direitos das crianças e mulheres que sofrem ou podem sofrer com este fenómeno.

A OMS, UNDP, UNFPA e World Bank (2006) apontam que desde meados do século passado várias organizações e agências nacionais e internacionais, governamentais e não-governamentais adotaram programas para impedir ou reduzir a prevalência da Mutilação Genital Feminina. Devido a estes esforços, têm sido introduzidas cláusulas em instrumentos jurídicos internacionais e na legislação de um crescente número de países, proibindo a realização deste ritual. A legislação tem subjacente três propósitos: marcar uma explícita desaprovação da MGF por parte do Estado; transmitir uma mensagem de

apoio para aqueles que renunciam ou desejariam renunciar a esta prática; e agir como um elemento dissuasor deste ritual (Innocenti Research Centre - UNICEF, 2005). Por outro lado, é também importante que a legislação seja acompanhada de medidas de proteção de crianças, abrangendo mecanismos de suporte social e campanhas de informação e sensibilização, que sejam dissuasoras em vez de punitivas, uma vez que ao imporem-se sanções isoladamente se corre o risco de as mesmas dirigirem a prática para a clandestinidade e ter um impacto muito reduzido na mudança de comportamentos (Innocenti Research Centre - UNICEF, 2005).

Consoante esclarece o Center for Reproductive Rights (2008) dezoito países africanos (Benin, Burkina Faso, República Africana Central, Chade, Costa de Marfim, Djibuti, Egipto, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Quênia, Mauritânia, Níger, Senegal, África do Sul, Tanzânia e Togo) decretaram leis que penalizam a MGF, variando as sanções entre três meses a prisão perpétua, tendo outros estipulado multas. Em alguns países do Continente Africano, como Burkina Faso, Egipto, Gana, Senegal e Serra Leoa, são conhecidos casos de prisão e processos consequentes de práticas de MGF (Center for Reproductive Rights , 2008).

No entanto, e tendo em conta a globalização deste fenómeno, a legislação não se confina aos países africanos, sendo adotada por vários países industrializados, tanto na Europa como na América e Oceânia (Ibidem).

No que respeita à Europa podem identificar-se leis específicas e gerais que criminalizam a Mutilação Genital Feminina (Leye & Sabbe, 2009). Assim, as leis mais gerais que incluem a MGF são aplicadas na maior parte dos países, onde disposições e artigos do Código Penal incluem a MGF na lesão corporal, lesão corporal grave ou mesmo mutilação, podendo ser utilizadas como argumento em tribunal. Por outro lado, a legislação específica referente à MGF foi introduzida em países da Europa (Áustria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Itália, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido), tendo sido a Suécia o primeiro, em 1982, a criar uma legislação específica para estes casos, sendo seguida do Reino Unido em 1985 e da Noruega uma década mais tarde, em 1996 (Leye & Sabbe, 2009).

No entanto, pesquisas realizadas pelo International Center for Reproductive Health (Leye & Sabbe, 2009) demonstraram que o facto de existir legislação específica para a Mutilação Genital Feminina não é determinante para a existência de mais casos judiciais. Desta

forma, a questão não é se a lei é geral ou específica, mas antes como é que a mesma é implementada, comprometendo uma maior intervenção ao nível das comunidades que praticam este ritual, no sentido de mudarem de atitudes e comportamentos, e dos profissionais, elementos chave para se poder atuar efetivamente face a esta problemática.

Ainda relativamente a este assunto, o Parlamento Europeu, em 24 de Março de 2009, emitiu uma Resolução (Parlamento Europeu, 2010, p. 56) sobre a luta contra as Mutilações Genitais Femininas, através da qual "condena firmemente as MGF enquanto violação dos direitos humanos fundamentais e violação selvagem da integridade e da personalidade das mulheres e raparigas e considera, por isso, que constituem um grave crime para a sociedade". Neste mesmo documento, o Parlamento Europeu (2010, p. 56)

"pede aos Estados-Membros que: considerem como crime qualquer mutilação genital feminina, independentemente de qualquer tipo de consentimento por parte da mulher, e que seja punida qualquer pessoa que ajude, incite, aconselhe ou procure apoio para outrem com o objetivo de levar a cabo qualquer destes atos no corpo de uma mulher ou menina; persigam, investiguem e punam criminalmente qualquer residente que tenha cometido o delito de mutilação genital feminina, ainda que o delito tenha tido lugar fora das suas fronteiras (extraterritorialidade); aprovem medidas legislativas que confirmam aos juizes ou ao Ministério Público a capacidade de tomar medidas cautelares e preventivas se tiverem conhecimento de casos de mulheres ou meninas em risco de serem mutiladas".

Desta forma, convida os Estados-Membros a envolverem-se de uma forma ativa nesta problemática, incentivando-os a criarem estratégias de atuação bem delineadas, como por exemplo ao nível da legislação, da formação de profissionais e da interação com as comunidades onde este costume possa persistir. Martingo (2009) chama a atenção para o facto de esta resolução alertar para um ponto muito importante e sensível que se remete para os pedidos de asilo com base no risco de MGF, devendo cada um destes casos de asilo ser analisado de forma criteriosa, uma vez que pode ser utilizado como pretexto para entrarem na União Europeia, podendo posteriormente realizar-se cá a mutilação. Desta forma, é incentivada uma vigilância constante destes casos, para que não se corra o risco de perpetuar a tradição em território europeu.

Em 2013 foi publicada em Diário da República (Resolução da Assembleia da República n.º 4/2013 de 21 de Janeiro, 2013) a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres, onde no artigo 38º se lê a incitação à adoção de

medidas que permitam a criminalização de todas as formas de MGF, tanto pela prática como pela criação de condições para que a mesma possa acontecer.

Portugal, já antes destas deliberações havia consagrado esta problemática no seu Código Penal, a qual se encontra esplanada, numa lei geral, no artigo 144º, "*Ofensa à Integridade Física Grave*", que proclama:

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

- a) Privá-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-lo grave e permanentemente;
- b) Tirar-lhe ou afetar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem;
- c) Provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; ou
- d) Provocar-lhe perigo para a vida;

é punido com pena de prisão de dois a dez anos" (Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, 2007, p. 6223).

Apesar de esta legislação não ser direcionada exclusivamente para o caso das Mutilações Genitais Femininas, é neste conteúdo que as mesmas se inserem. Martingo (2009) enleva o facto de este artigo se aplicar a casos em que a mutilação se tenha realizado além-fronteiras portuguesas.

Um marco importante para o desenvolvimento deste percurso de luta contra a mutilação em Portugal foi o interesse por parte da comunicação social, mais concretamente por parte da jornalista Sofia Branco, em 2002, sendo, para Martingo (2009), a partir desta altura que começou a discussão pública sobre esta temática. A afirmação desta jornalista de que existiriam alguns casos de mutilação praticados em Portugal foi o mote para que se tomassem medidas de combate a tal prática, designadamente através do contacto com Organizações Governamentais e Não-governamentais, assim como pela inclusão desta matéria no II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e mais alargadamente no Plano Nacional para a Igualdade 2003 - 2006 (Martingo, 2009). Conforme explica a autora, em Março de 2003 foi discutido na Assembleia da República um Projeto de Lei proposto pelo CDS-PP, que "tipificava o crime da mutilação genital feminina " (Martingo, 2009, p. 209).

Para além desta legislação ainda se pode recorrer, segundo Leye & Sabbe (2009), às leis de proteção das crianças. No caso Português, designadamente à Lei N.º147/99 de 1 de Setembro de 1999 (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo) a qual preconiza que, entre outras situações, uma criança ou jovem é considerado em perigo quando "b) sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais" (Lei nº 147/99 de 1 de Setembro, 1999, p. 6117), o que, parece salvaguardar os possíveis casos de Mutilação Genital Feminina.

No seguimento de todas estas medidas, em Portugal, assim como noutros países da Europa, é um dever dos profissionais de saúde, assistentes sociais, professores, polícia, funcionários públicos e população em geral, declararem casos de Mutilação Genital que identifiquem, reconhecendo-se a importância do seu papel junto de raparigas e mulheres que sofreram ou estejam em risco de viver este ritual, encontrando-se sujeitos a sanções caso não informem os casos de abuso de crianças (Leye & Sabbe, 2009).

Nos últimos tempos, em Portugal, tem-se assistido a uma crescente preocupação por parte de diversas organizações no sentido de perceber qual a dimensão do fenómeno Mutilação Genital Feminina no nosso país e criar as estratégias mais adequadas para o combater. Neste sentido, e paralelamente à legislação em vigor, Portugal investiu em programas e projetos, como é o caso do "Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina", do "Fim à Mutilação Genital Feminina - uma estratégia para as instituições da União Europeia".

Conforme esclarece a Associação para o Planeamento da Família (APF) (2009) é premente incentivar o debate e trabalho conjunto entre Estados e Organizações da Sociedade Civil, no que concerne à Igualdade de Oportunidades, Direitos Humanos, Saúde e Desenvolvimento, uma vez que não se podem descurar as metas delimitadas e subscritas como fundamentais por Portugal, pela União Europeia, pelas Nações Unidas e pela Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) a cumprir até 2025, ou seja, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio.

Em síntese, pode dizer-se que são várias as medidas que têm sido implementadas para contrariar a MGF, tanto em países onde esta é uma tradição ancestral como nos países onde esta prática apenas se reflete devido aos fluxos migratórios. No entanto, a erradicação da MGF parece ainda não se vislumbrar, fazendo emergir a necessidade de novos estudos acerca da epidemiologia deste ritual e implementação de medidas para o abolir.

CAPÍTULO III - A MGF NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A saúde integra o cerne do desenvolvimento, o qual engloba valores democráticos e de *empowerment* da população, onde se arquiteta toda a filosofia da Promoção da Saúde (Loureiro & Miranda, 2010).

Desta forma,

"a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida" (OMS, 1986, p. 1).

Quando se intervém ao nível da Promoção da Saúde, age-se sobre os determinantes de saúde e produzem-se consequências ao nível dos ganhos em saúde, da redução das desigualdades em saúde, da promoção dos direitos fundamentais do ser humano e do desenvolvimento social.

Da Carta de Ottawa (OMS, 1986) emergiram cinco áreas de ação para a Promoção da Saúde, designadamente, a construção de políticas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

O foco da Segunda Conferência de Promoção da Saúde foi a formulação e aplicação das políticas públicas saudáveis, uma vez que, apesar de as áreas de ação estabelecidas em Ottawa serem independentes, através das políticas saudáveis podem ser fornecidas condições para o desenvolvimento das restantes (OMS, 1988).

Estas políticas caracterizam-se pela preocupação com a saúde e equidade, assim como pela responsabilidade no que concerne ao impacto na saúde. Deste documento emergem, então, quatro domínios-chave de intervenção prioritária no que respeita às políticas de saúde, nomeadamente, apoio à saúde das mulheres, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis à saúde (Ibidem).

No que concerne à saúde das mulheres, a preocupação brota do reconhecimento do seu papel como promotora de saúde por excelência, sendo necessário, portanto, que recebam

mais apoios por parte dos decisores políticos e poderes constituídos em geral, e beneficiem do acesso a informação, redes existentes e fundos (Ibidem). Neste documento é referido que "todas as mulheres, especialmente as pertencentes a grupos minoritários, indígenas ou étnicos, têm direito à autodeterminação da sua saúde, devendo ser parceiras, de pleno direito, na formulação de políticas, de forma a assegurar a sua importância cultural" (Ibidem, p. 6).

Analisando este pressuposto parece não existir, ainda, uma global aceitação destas recomendações, pois se falamos em promover a saúde das mulheres, reconhecendo-lhes o direito de autodeterminarem a sua saúde, parece incompatível falarmos de Mutilação Genital Feminina, já que esta marca uma evidente submissão da mulher à sua comunidade, à sua cultura, alterando irreversivelmente a saúde destas mulheres. Parece, então, existir uma lacuna ao nível da Promoção da Saúde sobretudo no que toca à saúde das mulheres que pertencem a grupos minoritários.

Tendo em conta as repercussões que a mutilação provoca nas meninas/mulheres que a vivenciam, conforme já se explanou anteriormente, a ofensa aos Direitos Humanos assim como a dimensão do problema a nível mundial, existe uma significativa emergência em termos de promoção da saúde. Deste modo, é importante que se use a Educação para a Saúde como forma de capacitar estas comunidades para se tornarem responsáveis no que concerne à sua saúde, sobretudo provendo-as de conhecimentos e competências que lhes permitam tomar decisões no sentido de preservar a saúde de todos os membros, sem discriminação.

No que respeita à Mutilação Genital Feminina, conforme é apontado por Lhbsu (s.d.), um plano efetivo de Educação para a Saúde tem que envolver toda a comunidade (famílias, grupos religiosos, escolas, entre outros) e não unicamente as vítimas deste ritual. Conforme acrescentam EO e OA (2008), o estudo que realizaram na comunidade Shao (Nigéria) demonstrou que a Educação para a Saúde tem um impacto positivo nas atitudes face à Mutilação Genital Feminina. No entanto, para se conseguirem mudanças de comportamento que permitam eliminar esta tradição, os autores recomendam que se insira a MGF numa estratégia mais ampla de desenvolvimento no âmbito da saúde reprodutiva e educação de género.

Baptista (2007, p. 102) completa esta perspetiva da Promoção e Educação para a Saúde ao preferir que o trabalho dos profissionais de enfermagem, educadores para a saúde de

excelência os coloca "numa posição privilegiada, onde os conhecimentos e habilidades proporcionam elementos valiosos, para desenvolver práticas de enfermagem, facilitando o processo de comunicação, e conseqüentemente ajudar na mudança de atitudes e comportamentos".

A problemática da MGF pode ser entendida à luz dos três níveis de prevenção, existindo em cada um deles cuidados específicos no sentido de prevenir, reduzir a prevalência e evitar ou minimizar as conseqüências (Lopes N. A., 2007). Na opinião deste autor, estes cuidados reclamam o planejamento e implementação de um programa nacional de saúde específico de desenraizamento da MGF, assim como de projetos de intervenção nas comunidades, envolvendo esforços pluriprofissionais, multidisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, contando com a participação ativa das mulheres imigradas e sediado nos bairros onde estas se concentram maioritariamente.

Assim, "para que o mundo e a saúde da mulher se aperfeiçoem cada vez mais, há que lutar contra o silêncio e apostar intensamente na educação para a saúde sexual e reprodutiva" (Lopes N. A., 2007, p. 95), convergindo para um filosofia de empoderamento das mulheres no que respeita à decisão sobre a sua própria saúde, em que os profissionais de saúde assumem um papel relevante enquanto promotores, mediadores e advogados.

CAPÍTULO IV - PRÁTICAS PROFISSIONAIS

A existência, na Europa, de várias comunidades oriundas de países onde a Mutilação Genital Feminina é uma prática comum fez despoletar a atenção dos diferentes Estados, no sentido de combater e prevenir a realização deste ritual. Tendo em conta as características desta tradição, denota-se a importância que os cuidados de saúde e os seus profissionais desempenham no alcance daqueles objetivos. Assim, os profissionais de saúde são fundamentais para dar suporte às vítimas de mutilação, intervir no sentido de prevenir que meninas e mulheres sejam lesadas (HM Government, 2011) e agir como promotores de saúde, já que como esclarecem Loureiro e Miranda (2010) referindo-se a Marmot e Wilkinson, os determinantes sociais da saúde, ou seja, as condições em que as pessoas vivem e trabalham, representam a maior parcela do estado de saúde.

Conforme descrito anteriormente, são inúmeros os problemas de saúde que podem advir da realização de uma Mutilação Genital, sendo os profissionais de saúde essenciais para ajudar a colmatar estas situações, devendo, para isso, encontrar-se preparados para a particularidade desta situação. Vicente (2007) alerta para o facto de a MGF não se cingir a uma questão meramente física ou anatómica, devendo, por isso, haver a sensibilidade necessária para perceber que esta prática se enquadra num ambiente sócio-cultural e religioso particular, que talha a forma como a menina/mulher vive, pensa e sente. A mesma autora acrescenta que é primordial conhecer a realidade em que se insere todo este ritual, a fim de se poder estabelecer uma melhor relação de empatia com estas mulheres, sem a qual parece inviável perceber as suas preocupações e estabelecer um plano de intervenção comunitária, conduzindo apenas a uma projeção das representações pessoais "numa questão que tornamos «marginal» à custa da incompreensão" (Ibidem, p. 82). Conforme constatado por Thierfelder (2003, p. 46), num estudo desenvolvido na Suíça, a atitude do profissional face a mulheres vítimas de MGF pode condicionar sentimentos de medo e vergonha por parte destas, tendo testemunhado que: *“Beforehand I have been proud. But through the medical consultation my pride has been hurt. The physician was very shocked, when he realized that I am sutured. He did not want to ask. He did not at all want to talk about it.”*² (Woman from Somalia 38 years).

² “Antes disto eu tinha orgulho. Mas através da consulta médica o meu orgulho foi ferido. O médico estava muito chocado, quando se apercebeu que eu estava suturada. Ele não queria perguntar. Ele não queria, de forma nenhuma, falar sobre isso.” – Tradução Livre

Desta forma, os cuidados adequados a mulheres com MGF não se devem reportar unicamente à questão clínica, mas devem incluir sensibilidade cultural por parte dos profissionais (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys, & Temmerman, 2006).

Frade e Gonçalves (2004), num estudo na área da Grande Lisboa, constataram que 94% dos profissionais de saúde inquiridos já tinha ouvido falar de MGF, sendo que 11% tinham formação especializada nesta área. Um outro estudo, realizado por Piedade (2008) revelou que, numa amostra de 52 profissionais da mesma região, 6 (11,5%) possuíam formação especializada neste domínio e 28 (53,8%) saberia identificar uma situação de MGF. Estes dados, apesar de não poderem ser generalizados, interseam a opinião de Vicente (2007), quando refere que se torna necessário criar ações de formação específicas sobre esta temática, dirigidas, sobretudo, a profissionais de saúde, as quais devem incidir sobre o reconhecimento e conduta a assumir face às situações de Mutilação Genital, bem como a aprendizagem de procedimentos de correção.

Deve ressaltar-se o facto de os profissionais poderem não estar muito despertos para o assunto, como se verificou no estudo de Kaplan, Torán, Moreno, Castany e Muñoz (2009) onde 18% dos profissionais não demonstrou interesse em aprofundar os conhecimentos sobre a MGF, o que deve alertar para a necessidade de encontrar estratégias apelativas e que demonstrem a real necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde.

Sabe-se que as comunidades imigrantes na Europa tendem a perpetuar este ritual, solicitando, em algumas situações, a profissionais de saúde que realizem o procedimento (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys, & Temmerman, 2006). Não se conhece a razão de estes profissionais de saúde realizarem esta prática, se é por questões financeiras, por falta de conhecimento acerca do ritual, ou por respeito pelas mulheres que o solicitam, existindo, porém, evidências de Mutilação Genital Feminina praticada ilegalmente por profissionais de saúde qualificados na Europa (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys, & Temmerman, 2006). Um estudo realizado na Nigéria revelou que algumas enfermeiras, mesmo reconhecendo a MGF como uma prática prejudicial, continuam a realizá-la, alegando razões sociais e económicas (Onuh, et al., 2006).

A OMS e outras organizações recomendam consistentemente que os profissionais de saúde se abstenham de qualquer forma de Mutilação Genital Feminina, constituindo-se como um dos principais pontos de debate ético as condições controladas e de higiene em que decorrem, muitas vezes designada de "medicalização da MGF" (Leye, Powell, Nienhuis,

Claeys, & Temmerman, 2006, p. 367). Esta questão pode levantar outras, como sejam a legitimidade dos piercings, uma vez que começam a adquirir maior popularidade e aceitação social (Tweeten & Rickman, 1998), e mesmo das cirurgias estéticas que surgem rotineiramente, como a solução de problemas de auto-estima consequentes da disparidade entre o corpo e as normas sociais vigentes para a beleza do mesmo (Poli Neto & Caponi, 2007).

Um grupo de trabalho que envolve, entre outras organizações, a OMS, documentou uma estratégia global para parar a Mutilação Genital Feminina realizada por profissionais de saúde, onde se encontra descrito que para além de estes profissionais não a deverem executar, não devem também praticar nenhuma reinfibulação, depois do parto ou em qualquer outra situação (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], et al., 2010). Ao invés, devem aconselhar as meninas e mulheres que sofrem das complicações da MGF a procurar ajuda especializada e desincentivá-las de perpetuarem o ritual nas suas filhas e outros membros da família, desencorajando, simultaneamente, as possibilidades de reinfibulações. Devem ainda prestar cuidados a meninas e mulheres cuja MGF deu resultado a complicações de saúde, incluindo cuidados especiais a estas mulheres durante o parto. Assim, em vez de medicalizarem a MGF, os profissionais de saúde devem usar as suas competências e autoridade para preservarem a saúde e direitos humanos das meninas e mulheres, abrangendo os direitos à informação, integridade física, liberdade e saúde (Ibidem).

Um estudo desenvolvido na Bélgica, acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas dos Ginecologistas Flamengos, revelou que somente 35% dos inquiridos implementa medidas que desencorajem as mulheres de excisar as suas filhas, sendo que as razões utilizadas para não iniciarem medidas preventivas poderiam facilmente ser resolvidas através do recurso a intermediários que facilitassem as barreiras comunicacionais (Leye, et al., 2008). Por outro lado, 1,8% dos Ginecologistas inquiridos haviam sido solicitados para realizar uma Mutilação Genital Feminina, 4% foram questionados acerca da possibilidade de a realizar na Bélgica e 9,5% tinha conhecimento que o ritual era praticado neste país (Leye, et al., 2008). No estudo desenvolvido por Frade e Gonçalves (2004), as estatísticas relativamente às solicitações para realização da MGF são semelhantes, já que 1% dos respondentes revelou ter sido interpelado para consumir este rito. No entanto, dos resultados de Piedade (2008) ressalta o facto de nenhum dos profissionais ter sido contactado para o realizar. No que respeita à Suíça, Jager, Schulzeb e Hohlfelda (2002), num estudo envolvendo 454

Ginecologistas demonstrou que 2 destes profissionais haviam sido solicitados para realizar, 4 dos respondentes revelou ter sido confrontado com a questão "onde se pode realizar MGF na Suíça" e 12 inquiridos têm conhecimento de que a MGF é praticada na Suíça.

Estes dados, apesar de restritos, demonstram que existe procura dos profissionais de saúde para se realizar a Mutilação Genital, facto que faz emergir mais significativamente a necessidade de formação específica nesta área, de forma a evitar que esta tradição se torne um ato médico. Neste sentido, é cada vez mais evidente a preocupação por parte das diversas Organizações no sentido de prevenir esta realidade, tendo a Direção-Geral da Saúde assumido também a sua posição através de uma Orientação para profissionais de saúde.

Assim, nos termos da alínea a) do nº2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2012) foi emitida a Orientação que dita que os profissionais de saúde devem conseguir identificar a criança/jovem/mulher vítima de MGF e desempenhar um papel ativo na prevenção de mutilações futuras no seio das comunidades. Para o efeito, devem existir estratégias específicas, tanto a nível dos Cuidados de Saúde Primários como dos Cuidados de Saúde Diferenciados. Neste sentido, no mesmo documento encontra-se descrito que, qualquer momento no âmbito destes dois níveis de cuidados, constitui uma oportunidade para se identificar o risco ou existência de MGF, ressaltando-se a importância dos serviços/consultas/atividades que se direcionam mais especificamente para as crianças, jovens e mulheres, podendo existir necessidade de intervenção imediata. Esta Orientação adverte ainda para o facto de cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e Unidade Hospitalar dever, tendo em conta a comunidade em que se insere, organizar respostas para estas situações, mobilizando e envolvendo mediadores socio-culturais e líderes das comunidades, sempre que seja pertinente. A intervenção com crianças e jovens deve ser realizada de acordo com o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens, da Direção-Geral da Saúde.

Posto isto, parece fundamental adquirir um conhecimento mais profundo dos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde no que concerne à Mutilação Genital Feminina, de maneira a poder atuar-se de uma forma mais efetiva face à realidade, prestando cuidados mais humanizados e individualizados, respondendo às necessidades particulares de cada pessoa.

CAPÍTULO V – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Neste capítulo serão abordadas as questões empíricas relacionadas com a investigação, designadamente os seus objetivos e desenho de investigação, onde se inclui o tipo de estudo, o terreno de pesquisa, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e o tratamento de dados efetuado.

Conforme a Organização Mundial de Saúde, Portugal encontra-se na lista de países de risco quanto à prática de Mutilação Genital Feminina, já que se encontram a viver no país comunidades imigrantes de países onde esta prática é tradicional (Orientação da Direção-Geral da Saúde 005/2012 de 6 de Fevereiro, 2012).

Tendo em atenção a complexidade deste acontecimento e das consequências nefastas que dele podem advir, parece ser diáfana a importância do envolvimento dos vários setores da sociedade no sentido de abolir esta prática. Compreende-se, até de uma forma mais evidente, a relevância do papel dos profissionais de saúde neste domínio, pois é um acontecimento que tem implicações diretas sobre a saúde das pessoas que o vivenciam. No entanto, conforme aponta Vicente (2007, p. 81), "o que sabem os profissionais de saúde sobre o assunto? Como estão preparados para lidar com estas mulheres?". Assim, e dada a taxa de imigração de cidadãos oriundos de países onde estas práticas são comuns, torna-se relevante pensar sobre estas questões. Quando se procura informação acerca deste tema, apercebemo-nos que a mesma se encontra dispersa, sendo, por isso, todos os estudos um contributo fundamental para o enriquecimento do saber neste domínio, constituindo-se a investigação como uma das áreas prioritárias descritas no Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009).

Apesar de escassos, conforme referido anteriormente, foram realizados alguns estudos a fim de se conhecer o ponto da situação dos profissionais de saúde face à MGF, tanto nosso país como noutros países da União Europeia, em que se verifica uma lacuna na formação especializada e deficiência de conhecimentos. Neste sentido, torna-se premente levantar um pouco mais o véu que cobre todo este semblante dos cuidados de saúde, na expectativa de, ao conhecerem-se melhor as necessidades dos profissionais, se poder sensibilizar e acima de tudo formar, para se conseguir uma prestação de cuidados mais efetiva.

Deste modo, coloca-se como questão de partida: "*Quais os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia, da*

região Norte de Portugal, relativamente à Mutilação Genital Feminina, no ano 2012?".

5.1. OBJETIVOS

Tendo em conta a questão de partida, traçou-se como objetivo geral "*Descrever os conhecimentos, atitudes e comportamentos de Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia, da região Norte de Portugal, relativamente à Mutilação Genital Feminina, no ano 2012*".

No sentido de operacionalizar o objetivo geral torna-se necessário delinear objetivos específicos, que permitirão o acesso progressivo aos resultados finais (Sousa & Baptista, 2011).

Deste modo, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar os conhecimentos dos Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia relativamente à Mutilação Genital Feminina;
- ✓ Identificar as atitudes dos Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia face à Mutilação Genital Feminina;
- ✓ Identificar os comportamentos dos Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia face a situações de Mutilação Genital Feminina;
- ✓ Comparar os conhecimentos, atitudes e comportamentos de Médicos e Enfermeiros acerca da Mutilação Genital Feminina.

5.2. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O plano lógico que o investigador constrói, tendo por base os elementos que lhe permitirão alcançar os objetivos do estudo, designa-se por desenho de investigação. Inclui elementos como terreno de pesquisa, seleção da amostra, tipo de estudo, instrumentos de colheita de dados e tratamento de dados (Fortin, 1999).

Assim, a explicitação do desenho de investigação será elaborada tendo em conta os elementos referidos.

5.2.1. Tipo de Estudo

Tendo em conta os objetivos optou-se por um estudo descritivo.

Os estudos descritivos são reconhecidos como a primeira etapa na investigação de um novo fenómeno, cujo objetivo visa descrever o problema com o maior nível de detalhe possível (Oliveira, 2009).

Duhamel e Fortin (1999, p. 162) acrescentam que "na maioria dos casos, o estudo descritivo satisfaz pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a um população (estudo descritivo simples, estudo de caso de tipo descritivo) e a descrição das características de uma população no seu conjunto (inquérito)".

Trata-se de um estudo descritivo simples em que se tenciona descrever as características da população relativamente ao fenómeno em estudo, no caso, a Mutilação Genital Feminina.

Consiste num estudo transversal em que os dados apenas são recolhidos num único momento a cada indivíduo da amostra (Oliveira, 2009).

5.2.2. Terreno de Pesquisa

Um dos aspectos fundamentais à investigação consiste na delimitação do terreno de pesquisa, ou seja, delinear, como explicam Quivy e Campenhoudt (2008, p. 157), "o campo das análises empíricas no espaço, geográfico e social, e no tempo". Segundo os mesmos autores, este campo de análise deve ser criteriosamente circunscrito, atendendo, para tal, a aspetos como as hipóteses de trabalho, os prazos, os recursos de que dispõe, os contactos e informações que possui, as próprias aptidões do investigador, entre outros. Fortin (1999) acrescenta a estes aspetos a acessibilidade do meio e a importância das autorizações das comissões de ética e investigação.

Tendo em linha de conta estes critérios, a presente investigação teve como terreno de pesquisa unidades de cuidados hospitalares da Região Norte de Portugal.

Para o efeito foi pedida autorização ao Conselho de Administração de cada uma das Instituições o qual emitiu o parecer, em consonância com o da Comissão de Ética.

5.2.3. População e Amostra

Designa-se por População ou Universo o conjunto total de casos sobre os quais se deseja retirar conclusões (Hil & Hill, 2009), que partilhem características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). No entanto, muitas vezes o investigador não consegue aceder à População, sendo, nestas situações, somente possível considerar uma Amostra.

Dadas as características do estudo, optou-se por uma amostragem accidental, que, conforme Fortin (1999), é constituída por elementos que são facilmente acessíveis e se encontram presentes num determinado local e momento, apresentando as vantagens de ser simples de organizar e pouco onerosa. Porém, as amostras deste tipo provocam enviesamento, limitando a generalização dos resultados.

Articulando todos estes pressupostos com o trabalho em causa, o universo do estudo é constituído pelos Médicos Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia e Enfermeiros Especialistas e Saúde Materna e Obstetrícia. Dada a impossibilidade de aceder a todos os casos optou-se por estudar apenas uma amostra, recorrendo-se, para tal, aos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia, em todas as suas valências, utilizando, para o efeito, o método de amostragem accidental. Foram critérios de inclusão ser Médico ou Enfermeiro Especialista nas áreas supramencionadas e encontrar-se a exercer funções num dos hospitais incluídos no estudo, no período de tempo em que este decorre.

Dado que se trata de um estudo descritivo, segundo Fortin (1999), o tamanho da amostra não necessita de ser muito grande. Assim, o tamanho que se definiu para a amostra foi de pelo menos 50% dos profissionais que se identificassem com os critérios de inclusão.

Neste estudo, a amostra de 138 profissionais, de hospitais da zona norte do país, é maioritariamente constituída por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (75,4%), sendo os restantes Médicos Especialistas em Obstetrícia e Ginecologia (23,9%). O terminus da especialidade ocorreu entre 1974 e 2011, sendo para 41,3% há mais de 10 anos e para 27,5% há menos de 5 anos.

Tabela 1 - Distribuição conforme as características situação profissional e término da especialidade (n=138)

	ni	fi (%)
Profissão		
Médico(a)	33	23,9
Enfermeiro(a)	104	75,4
Não responde	1	0,7
Término da Especialidade		
Menos de 5 anos	38	27,5
Entre 5 a 10 anos	34	24,6
Mais de 10 anos	57	41,3
Não responde	9	6,5

Predominam os profissionais do sexo feminino (91,3%), com idades entre os 28 e os 71 anos e média $42,28 \pm 8,98$ anos. Considerando a distribuição conforme os grupos etários, a maioria tem entre 30 e os 45 anos (53,6%), sendo o grupo menos representado aquele onde os profissionais têm menos de 30 anos (8,0%).

Tabela 2 - Distribuição conforme o grupo etário e sexo (n=138)

	ni	fi (%)
Grupo Etário		
Menos de 30 anos	11	8
Entre 30 e 45 anos	74	53,6
Mais de 45 anos	49	35,5
Não responde	4	2,9
Sexo		
Masculino	12	8,7
Feminino	126	91,3

Na comparação entre Médicos e Enfermeiros para a idade, uma vez que a amostra é superior a 30, assumimos o teorema do limite central, pelo que se recorreu ao teste de t para amostras independentes. Observa-se homogeneidade de variâncias (Teste de Levene: $F=0,693$; $p=0,407$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($t=6,592$; $gl=131$; $p=0,000$) com os Médicos a apresentarem médias de idades superiores aos Enfermeiros ($50,06 \pm 7,78$ e $39,69 \pm 7,85$, respetivamente). Também se observam diferenças quanto ao sexo ($\chi^2=18,644$; $gl=1$; $p=0,000$). Da análise de resíduos ajustados standardizados contata-se que para os Médicos predomina o sexo masculino (resíduos ajustados = 4,3) e na Enfermagem o feminino (resíduos ajustados = 4,3) (Apêndice A).

5.2.4. Instrumento de Colheita de Dados

O investigador, para seleccionar o instrumento de colheita de dados que mais se adequa à investigação que pretende desenvolver deve ter em atenção o tipo de estudo.

Para Fortin, Grenier e Nadeau (1999, p. 240) num estudo descritivo, onde existem poucos conhecimentos sobre o fenómeno, "o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno". Para o efeito, podem ser utilizados o material de registo, as observações, as entrevistas não-estruturadas ou semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados, entre outros.

No estudo optou-se pelo questionário, como instrumento de colheita de dados, pois tendo em conta as suas características, da população e objetivo do estudo, este método pareceu o mais adequado.

Um questionário é, então, "um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos" (Fortin, Grenier, & Nadeau, 1999, p. 249) sendo geralmente auto-administrado. Traduz os objetivos do estudo através de variáveis mensuráveis, ajudando a organizar, normalizar e a controlar os dados, conferindo um carácter rigoroso à recolha de informação.

O questionário utilizado foi traduzido e adaptado do questionário de Leye et. al. (2008), desenvolvido no International Centre for Reproductive Health (ICRH) - Ghent University em colaboração com o International Centre for Research on Criminal Policy (IRCP) e o University Hospital of Antwerp, após autorização da autora (Apêndice A). Trata-se de um questionário misto, que engloba perguntas abertas e fechadas. Dada a natureza do estudo e as características da população, este instrumento permite aceder a um grande número de participantes e à informação desejada.

O questionário foi traduzido e adaptado à realidade a que se destinava. Optou-se por esta estratégia uma vez que se teve conhecimento e acesso a um questionário já validado, evitando, assim, todos os pontos inerentes à construção e validação de questionários.

Segundo Hill e Hill (2009, p. 81) existe um método muito utilizado para tradução de questionários e consiste no método "*translate - translate back*" ou seja, "traduz - retraduz". Este processo, conforme a sua designação indica, exige a tradução do questionário para a língua necessária, sendo esta tradução retraduzida para o idioma inicial, no sentido de

verificar se a tradução inicial foi realizada corretamente. No entanto, devido ao facto de o questionário utilizado se encontrar em flamengo e em Portugal ser muito difícil encontrar pessoas com conhecimentos acerca deste idioma, optou-se por pedir a uma pessoa belga com conhecimentos de flamengo e francês que traduzisse o questionário para francês, e a uma pessoa portuguesa que com profundos conhecimentos de francês que traduzisse deste idioma para português. Posteriormente, foi realizada a adaptação final do questionário tendo por base tanto a tradução francesa como a portuguesa, para que se pudesse obter uma versão do mesmo o mais fidedigna possível.

Antes de ser distribuído pelos profissionais intervenientes no estudo, foi solicitado a 5 profissionais de enfermagem, 3 dos quais especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (não pertencentes ao terreno de pesquisa do estudo), que preenchessem o questionário e transmitissem um parecer acerca do mesmo, em termos de conteúdo, compreensão, apresentação e duração do preenchimento. Depois de realizado o pré-teste foram realizadas alterações essencialmente relacionadas com a apresentação.

O questionário final é constituído por 5 perguntas para caracterização da amostra que se relacionam com a caracterização profissional e sócio-demográfica, onde se incluem a idade, ano de terminus da especialidade, profissão, hospital onde exerce a profissão e sexo.

As restantes 32 questões remetem-se para os conhecimentos (1, 2, 3, 4, 5, 16 e 19), atitudes (17 e 18) e comportamentos (7 a 15) sobre a Mutilação Genital Feminina.

Nos conhecimentos abordam-se, especificamente, questões acerca de como estes conhecimentos foram adquiridos, do conteúdo dos conhecimentos (regulamento da Comissão de Ética da instituição, legislação nacional, reconhecimento da prática em Portugal), bem como das áreas em que necessitam de maior investimento relacionado com este tema.

No que concerne às atitudes, as questões prendem-se com a representação individual acerca da MGF, bem como as atitudes no caso de uma situação de infibulação. Para o efeito, construiu-se uma escala tipo Likert, composta por 11 itens, operacionalizados de forma ordinal crescente em cinco atributos, os quais variavam entre não concordo e concordo completamente. Dado que entre os 11 itens se encontram atitudes positivas e negativas face à MGF, recodificaram-se os que representavam atitudes negativas (17.3,

17.4, 17.5, 17.9, 17.10, 18.a)3, 18.b)1, 18.b)2), para que a leitura dos resultados se efetuasse de modo mais coerente.

Os comportamentos são explorados tendo em conta os profissionais que já contactaram com situações de mutilação, ou que foram abordados acerca deste tema durante o exercício da sua profissão.

Todas as variáveis foram operacionalizadas em quantitativas, ordinais e nominais, optando-se pelas mais robustas sempre que possível.

5.2.5. Procedimentos Éticos e Colheita de Dados

Conforme esclarecem Fortin, Prud'homme-Brisson e Coutu-Wakulczyk (1999), toda a investigação que envolva seres humanos acarreta implicações éticas e morais. Desta forma, existem determinados procedimentos e princípios que devem ser tidos em conta, no sentido de não violar a integridade das pessoas envolvidas na investigação.

Neste sentido, a fim de realizar a colheita dados, em todas as unidades hospitalares, iniciou-se o processo pelo pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética. Deste processo de autorização resultaram respostas positivas por parte de 4 Hospitais, tendo um dos Centros Hospitalares contactado, recusado participar no estudo.

Nos 4 Centros Hospitalares que autorizaram, procedeu-se ao contacto do Diretor de Serviço e Enfermeira-Chefe dos serviços onde se realizou o estudo, com o objetivo de saber qual a melhor estratégia para a entrega e recolha dos questionários.

Consoante o sugerido, optou-se, em alguns dos casos, por recrutar os participantes no final das passagens de turno ou das reuniões de serviço, e noutros, por deixar os questionários com a Enfermeira-Chefe ou Diretor de Serviço, para posteriormente entregarem aos profissionais. Depois de preenchidos, os questionários foram entregues a um destes elementos ou à Secretária de Unidade e posteriormente levantados pela investigadora.

Segundo Fortin, Prud'homme-Brisson e Coutu-Wakulczyk (1999, p. 117), “o direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.” Assim, é de salientar que os questionários foram recolhidos em envelope fechado, de forma a assegurar o

princípio da confidencialidade. Por outro lado, com o objetivo de preservar o anonimato, não se pediu qualquer identificação pessoal por parte dos profissionais aquando do preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Parece também importante relevar o facto de a participação no estudo ter sido voluntária, sendo que a qualquer momento os participantes poderiam abandonar o mesmo.

Desta forma, foi nossa pretensão assegurar os princípios éticos subjacentes à investigação.

5.2.6. Tratamento de Dados

Uma vez que se trata de uma investigação que se enquadra na metodologia quantitativa, o tratamento de dados tem implícito o recurso a técnicas estatísticas adequadas a estudos descritivos.

Assim, foi utilizada a estatística descritiva, uma vez que permite caracterizar a amostra e "descrever os valores obtidos pela medida das variáveis" (Harel, 1999, p. 277), utilizando-se para descrever os dados, medidas de tendência central (média) posição (mediana) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

Na comparação entre Médicos e Enfermeiros recorreu-se ao teste de independência de Qui-Quadrado para variáveis nominais, o teste de Mann-Whitney para as variáveis ordinais e o teste de t de Student para amostras independentes para as variáveis quantitativas, assumindo-se, neste caso, o teorema do limite central.

Os dados foram apresentados em tabelas; com recurso a distribuições de frequências absolutas e relativas conforme as variáveis quanto à escala de medida.

O nível de significância assumido foi de 5%.

Para o tratamento dos dados utilizou-se o SPSS 20.0 para Windows.

CAPÍTULO VI - RESULTADOS

A apresentação de resultados é feita mediante os objetivos definidos para a investigação. Deste modo, enceta-se com a explanação dos resultados relativos aos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a Mutilação Genital Feminina, seguidamente faz-se a apresentação das atitudes e, por último, expõem-se os resultados das questões relativas aos comportamentos dos profissionais que já contactaram com situações de mutilação.

6.1. CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS RELATIVAMENTE À MGF

Quando questionados acerca da abordagem da MGF ao longo da formação profissional, denota-se que é uma temática que para a maioria não é abordada quer na formação de base (91,3%), quer na especialidade (80,4%).

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais conforme a inclusão da MGF na formação profissional (n=138)

	ni	fi (%)
MGF na formação académica de base		
Sim	12	8,7
Não	126	91,3
MGF na formação de especialidade		
Sim	27	19,6
Não	111	80,4

Relativamente ao conhecimento sobre posicionamento da Comissão de Ética da Instituição sobre a MGF, os profissionais demonstraram ter poucos conhecimentos, já que a maioria (69,6%) não sabia da existência de qualquer regulamento, enquanto 26,1% considera que este regulamento não existe, dados que contrastam com o facto de apenas 1 profissional referir a existência de regulamentação para a MGF na instituição.

De um modo geral, os profissionais demonstram, também, poucos conhecimentos no que concerne à existência de legislação que puna a MGF em Portugal, em que 62,3% dos profissionais refere não saber se existe legislação e 3,6% afirma que esta não existe, contrastando com 33,3% que consideram que a lei existe.

Dos 46 profissionais que referem conhecer a existência da lei, quando questionados acerca do conteúdo da mesma, respondem maioritariamente que a lei pune “Todas as formas de MGF” (52,2%) e “Todas as formas de MGF exceto tatuagens e piercings” (41,3%). Para

este efeito, porque se trata de uma questão de respostas múltiplas foram considerados para cada opção os 46 profissionais.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais conforme os conhecimentos sobre MGF (n=138)

	ni	fi (%)
Comissão de Ética da Instituição tomou posição relativamente à MGF		
Sim	1	0,7
Não	36	26,1
Não sei	96	69,6
Não responde	5	3,6
Portugal tem lei que pune a MGF		
Sim	46	33,3
Não	5	3,6
Não sei	86	62,3
Não responde	1	0,7
A Lei pune (n=46)		
Todas as formas de MGF	24	52,2
Todas as formas de MGF exceto tatuagens e piercings	19	41,3
Todas as formas de MGF incluindo reinfibulação	9	19,6
Todas as formas de MGF e meios que a mulher consinta	2	4,3
Todas as formas de MGF, exceto se a mulher for menor de idade	1	2,2
Todas as formas de MGF que não sejam executadas por um médico	5	10,9

Quisemos explorar, também, se os profissionais conheciam a prática de MGF em território nacional. Os resultados apontam que a maior parcela dos profissionais (68,8%) não reconhece a MGF como uma tradição praticada em Portugal.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais conforme os conhecimentos sobre a prática de MGF em Portugal (n=138)

	ni	fi (%)
Sabe se se pratica MGF em Portugal		
Sim	34	24,6
Não	95	68,8
Não responde	9	6,5

No que respeita a necessidades de formação nesta área, os profissionais apontam como domínios de eleição as questões relacionadas com o quadro legal português (79,7%), as orientações técnicas sobre a gestão clínica do acompanhamento da MGF (68,1%), bem como as regras de conduta sobre questões éticas e legais relativas a esta prática (80,4%). Por outro lado, um dos respondentes expressou a necessidade de formação ao nível da “população, religião ou cultura que utiliza este tipo de prática”, enquanto 2,9% profissionais responderam que não desejariam qualquer formação sobre MGF. Por se tratar de uma questão de respostas múltiplas, considerou-se para cada opção os 138 profissionais.

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais quantos às necessidades de formação (n=138)

	ni	fi (%)
Domínios em que deseja mais formação		
Quadro legal Português sobre MGF	110	79,7
Orientações técnicas sobre a gestão clínica do acompanhamento da MGF	94	68,1
Regras de conduta sobre questões éticas e legais relativas à MGF	111	80,4
Outra	2	1,4
Nenhuma	4	2,9

Pela análise inferencial verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos profissionais no que concerne à formação de base ($\chi^2=1,785$; gl=1; p=0,164) e formação de especialidade ($\chi^2=1,581$; gl=1; p=0,157).

No que respeita ao conhecimento da legislação acerca da MGF também não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre Médicos e Enfermeiros ($\chi^2=0,873$; gl=2; p=0,646), verificando-se a mesma situação relativamente ao reconhecimento da prática em território nacional ($\chi^2=2,013$; gl=1; p=0,120).

6.2. ATITUDES DOS PROFISSIONAIS RELATIVAMENTE À MGF

Aos atributos relativos às atitudes foram atribuídos coeficientes, variando de 1 para não concordo a 5 para concordo completamente.

Assim, às médias mais elevadas correspondem sempre atitudes mais positivas, consequentemente, às médias mais baixas correspondem atitudes menos positivas.

A apresentação é efetuada com base nas medidas de dispersão mínimo, máximo e desvio padrão, e as medidas de tendência central média e mediana.

De uma forma geral os valores nos diferentes itens oscilam entre o mínimo e máximo da escala, à exceção da afirmação que a MGF é uma forma de violência contra as mulheres, com concentração nos valores mais elevados (4 e 5) e nas afirmações que a MGF é uma violação dos direitos do homem e que efetuada por profissionais de saúde é uma estratégia para pais pobres, que varia entre 2 e 5.

Quando consideramos a mediana, a quase totalidade dos itens concentra-se nos coeficientes mais elevados (5), excetuando-se as afirmações que reinfibulação é uma forma de MGF, cuja mediana se observa no coeficiente 4. Os itens relativos às afirmações que a cirurgia estética é uma forma de MGF, que o piercing genital é uma forma de MGF e que a prática de uma incisão simbólica é alternativa à MGF, os valores da mediana são 1; 2 e 1,5, respetivamente.

Com base na média e no desvio padrão podemos constatar que as médias mais elevadas (QUADRO 1) se observam nos itens “MGF é violação dos Direitos do Homem” ($4,85 \pm 0,42$), “MGF é uma forma de violência contra as mulheres” ($4,91 \pm 0,29$), “MGF é um preceito religioso que é necessário respeitar” ($4,80 \pm 0,67$).

Por outro lado, representam atitudes menos positivas os itens o “Piercing genital é uma forma de MGF” ($2,19 \pm 1,17$) e “Cirurgia estética vaginal é uma forma de MGF” ($1,75 \pm 1,05$). Verificam-se desvios padrão elevados, o que pressupõe maior variabilidade das respostas dos profissionais relativamente à afirmação, sendo que, apesar disto, se verifica uma maior incidência de respostas com valores mais baixos.

Com base nos percentis encontramos que a maioria dos profissionais tem atitudes adequadas, sendo uma minoria os que apresentam atitudes menos apropriadas. No entanto, verificam-se exceções para os itens “Piercing genital é uma forma de MGF” (Percentil 25 = 1,00 e Percentil 75 = 3,00) e “Cirurgia estética vaginal é uma forma de MGF” (Percentil 25 = 1,00 e Percentil 75 = 3,00).

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais quanto às atitudes face à MGF (n=138)					
	Média±Desvio padrão	Mediana	Mínimo-Máximo	Percentis	
				25	75
Uma violação dos direitos do Homem	4,85±0,42	5	2-5	5,00	5,00
Uma forma de violência contra as mulheres	4,91±0,29	5	4-5	5,00	5,00
Uma tradição cultural pela qual não podemos fazer nada	4,54±0,96	5	1-5	4,50	5,00
Um preceito religioso que é necessário respeitar	4,80±0,67	5	1-5	5,00	5,00
Uma intervenção cirúrgica	4,60±0,98	5	1-5	5,00	5,00
A reinfibulação é uma forma de MGF	3,89±1,35	4	1-5	3,00	5,00
O piercing genital é uma forma de MGF	2,19±1,17	2	1-5	1,00	3,00
A cirurgia estética vaginal é uma forma de MGF	1,75±1,05	1	1-5	1,00	3,00
A incisão simbólica é alternativa à MGF	3,79±1,35	4,5	1-5	3,00	5,00
Realizada por profissionais é uma alternativa para pais pobres	4,55±0,87	5	2-5	5,00	5,00
Episiorrafia e reinfibulação são diferentes	4,31±0,99	5	1-5	4,00	5,00

Pela análise inferencial, utilizando o teste de Mann-Whitney para amostras independentes, por se tratar de uma variável ordinal, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre Médicos e Enfermeiros relativamente à MGF ser uma violação dos Direitos do Homem ($Z=2,094$; $p=0,036$), em que os Médicos revelam atitudes mais positivas do que os Enfermeiros (Ordenação Média=75,47 e 65,58, respetivamente); também se observam diferenças relativamente à cirurgia estética vaginal ser uma forma de MGF ($Z=3,144$; $p=0,002$) em que são os Enfermeiros quem revela ter atitudes mais positivas (Ordenações Médias 74,16 e 52,73 respetivamente). Observam-se ainda diferenças quanto à afirmação que a prática de uma incisão simbólica é alternativa à MGF ($Z=2,290$; $p=0,022$), em que também neste caso são os Enfermeiros que apresentam atitudes mais positivas (Ordenações Médias 72,03 vs 55,53). Finalmente verificam-se diferenças no que concerne à afirmação a episiorrafia e reinfibulação são diferentes ($Z=3,036$; $p=0,002$) em que neste caso os Médicos apresentam atitudes mais positivas do que os Enfermeiros (Ordenação Média=82,89 e 61,47 respetivamente).

Tabela 7 – Análise das diferenças entre profissionais relativamente às atitudes face à MGF (n=138)

Variáveis	Valor teste	Sig.
MGF é violação dos Direitos do Homem	2,094	0,036
MGF é uma forma de violência contra as mulheres	0,769	0,442
MGF é uma tradição cultural pela qual não podemos fazer nada	1,623	0,105
MGF é um preceito religioso que é necessário respeitar*	0,895	0,371
MGF é uma intervenção cirúrgica	0,833	0,405
Reinfibulação é uma forma de MGF	0,074	0,941
Piercing genital é uma forma de MGF	0,353	0,724
Cirurgia estética vaginal é uma forma de MGF`	3,144	0,002
A prática de uma incisão simbólica é uma alternativa à MGF	2,290	0,022
A MGF, por profissionais de saúde é uma estratégia para pais pobres	1,423	0,155
Episiorrafia e reinfibulação são diferentes	3,036	0,002

Mann-Whitney

À semelhança da questão anterior, para analisar as atitudes dos profissionais perante uma situação concreta, como seja, o que fazer se uma mulher infibulada pedisse para depois do parto ser mantida como antes deste acontecer, foram atribuídos coeficientes que variam entre 1 (não concordo) e 5 (concordo completamente). De igual modo, as afirmações cujos valores elevados representavam atitudes negativas foram recodificadas de forma a inverter a ordem dos coeficientes, a fim de que todas as atitudes fossem avaliadas segundo a mesma ordem da escala.

Constata-se que os profissionais de saúde revelam atitudes positivas para todos os itens apresentados, já que quanto mais próximo de 5, mais positivas são as atitudes dos profissionais. Para todas as variáveis apresentadas observa-se que variam entre o valor mínimo e máximo (1 e 5), sendo a mediana de 5 em todos os itens, à exceção da afirmação “Explicar que a reinfibulação é contrária à lei”.

As atitudes com médias mais positivas observam-se em “Executar o pedido da mulher” (4,42±1,07) e as mais baixas em “Explicar que a reinfibulação é contrária à lei” (4,13±1,05).

Quadro 2 - Distribuição dos profissionais quanto às atitudes face a um pedido de reinfibulação após o parto (n=138)			
	Média±Desvio padrão	Mediana	Mínimo-Máximo
Explicar que a reinfibulação é contrária à lei.	4,13±1,05	4,00	1 – 5
Explicar porque não o quer fazer.	4,36±0,90	5,00	1 – 5
Executar o pedido da mulher.	4,42±1,07	5,00	1 – 5
Suturar para retornar à situação anterior ao parto.	4,18±1,24	5,00	1 – 5
Suturar deixando uma abertura maior.	4,32±1,10	5,00	1 – 5
Fazer uma episiorrafia normal.	4,36±0,95	5,00	1 – 5

Aplicando o teste de Mann-Whitney verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em 2 dos 6 itens analisados. Assim, perante a afirmação “Explicar que a reinfibulação é contrária à lei” ($Z=2,208$; $p=0,027$) apurou-se que os Médicos apresentam atitudes mais positivas (Ordenação Média=71,69) do que os Enfermeiros (Ordenação Média=56,05). De igual modo, os Médicos são mais concordantes (Ordenação Média=70,25) em não executar o pedido da mulher do que os Enfermeiros (Ordenação Média=57,41); ($Z=2,117$; $p=0,034$).

Tabela 8 – Análise das diferenças entre grupos profissionais relativamente às atitudes perante um pedido de reinfibulação após o parto (n=138)

Variáveis	Valor teste	Sig.
Explicar que a reinfibulação é contrária à lei.	2,208	0,027
Explicar porque não o quer fazer.	1,942	0,052
Executar o pedido da mulher.	2,117	0,034
Suturar para retornar à situação anterior ao parto.	1,167	0,243
Suturar deixando uma abertura maior.	0,697	0,486
Fazer uma episiorrafia normal.	1,761	0,078

Mann-Whitney

6.3. COMPORTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS RELATIVAMENTE À MGF

Pretendeu-se também saber quais os comportamentos dos profissionais de saúde relativamente à Mutilação Genital Feminina, direcionando-se, para o efeito, as questões

para os profissionais que já haviam prestado cuidados a meninas/jovens/mulheres mutiladas.

Desta forma, apurou-se que um reduzido número de profissionais (5,1%) já prestou cuidados a alguma jovem ou mulher excisada. Dos profissionais que se confrontaram com situações de MGF somente um referiu ter ocorrido no último ano, tendo-se deparado com 5 situações.

Dos 7 profissionais que já tiveram contacto com casos de mutilação, 5 depararam-se com esta situação durante um exame ginecológico.

Apenas um dos profissionais referiu a idade da mulher vítima de MGF a quem prestou cuidados, a qual tinha 33 anos. Por outro lado, quatro dos profissionais que observaram situações de mutilação, referem que estas mulheres eram oriundas de países como Portugal, Ucrânia, São Tomé e Príncipe, Mali, Etiópia, Senegal, entre outros países Africanos não especificados.

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais quanto à prestação de cuidados de saúde a mulheres vítimas de MGF (n=138)

	ni	fi (%)
Já prestou cuidados a alguma jovem/mulher excisada		
Sim	7	5,1
Não	130	94,2
Subtotal	137	99,3
Já se deparou com MGF durante um exame ginecológico		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6

Os profissionais que já tiveram contacto com problemas resultantes da mutilação revelaram que estes se prendiam essencialmente com fístulas, problemas sexuais, complicações decorrentes de MGF recente e ainda infertilidade.

Tabela 10 - Distribuição dos profissionais quanto às complicações resultantes da MGF observadas (n=7)

	ni	fi (%)
Complicações resultantes da MGF com que se deparou		
Fístula	1	14,3
Complicações devido a MGF recente	1	14,3
Problemas sexuais	4	57,1
Outras	1	14,3

Dos profissionais que referem ter observado complicações, 3 referem ter orientado para outros profissionais e um refere que não se lembra, sendo que os restantes não responderam.

No que concerne ao tipo de mutilação com que os sete profissionais se depararam e considerando individualmente cada tipo de mutilação, identificou-se, maioritariamente, o Tipo II (57,1%), seguido do Tipo I (42,9%) e Tipo III (14,3%), sendo que nenhum dos profissionais se deparou com o Tipo IV. Há um profissional que se deparou com mais que um tipo de mutilação. Nenhum dos profissionais revelou ter sido consultado para realizar defibulação, reinfibulação a seguir ao parto, nem Mutilação Genital Feminina, apesar de 1 profissional ter sido abordado no sentido de indicar se era possível realizar esta prática em Portugal.

Tabela 11 - Distribuição dos profissionais quanto ao Tipo de MGF com que se depararam (n=7)

	ni	fi (%)
Tipo de MGF com que se deparou:		
Tipo I	3	42,9
Tipo II	4	57,1
Tipo III	1	14,3
Total	7	100

Depois de terem contacto com os casos de MGF houve profissionais que quiseram aprofundar os conhecimentos sobre o tema (42,9%) e houve também profissionais que não o fizeram (57,1%).

Os primeiros referem que esta informação se prendeu essencialmente com o motivo que esteve na origem da realização da MGF, onde foi realizada, bem como questões legais relacionadas com esta tradição.

Tabela 12- Distribuição dos profissionais quanto à procura de informação após contacto com situações de MGF (n=7)

	ni	fi (%)
Depois de ter contacto com estas situações, procurou saber mais sobre MGF		
Não	4	57,1
Sim	3	42,9
Total	7	100

Quando confrontados com grávidas mutiladas 42,9% dos profissionais instituiu ações para preservar mãe e filha de futuras mutilações, sendo que a mesma percentagem de profissionais, nas mesmas circunstâncias, não empreendeu qualquer ação.

Relativamente aos primeiros, um profissional refere ter comunicado o caso à Assistente Social, pois a grávida teria uma filha e tencionava que também esta fosse mutilada, enquanto outro profissional expressa ter disponibilizado informação.

Ao invés, os argumentos alegados pelos profissionais que não empreenderam ações prendem-se com a dificuldade por parte da parturiente em abordar o assunto e com o facto de que “segundo a grávida, no local onde nasceu fazia parte da cultura local”.

Tabela 13 – Distribuição dos profissionais quanto ao empreendimento de ações de desincentivo de MGF em grávidas (n=7)

	ni	fi (%)
Confrontado com uma grávida com MGF, empreendeu ações para preservar mãe e filha de futuras MGF		
Não	3	42,9
Sim	3	42,9
Não responde	1	14,3

Não se procedeu à análise inferencial dos resultados relativos aos comportamentos face à MGF, uma vez que todas as situações foram observadas por profissionais de enfermagem.

CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO

A Mutilação Genital Feminina imprime na jovem/mulher que a experimenta marcas irreversíveis tanto a nível físico e psicológico, como social. Neste sentido, e tendo em conta que todas estas consequências são negativas, é necessário que todos os setores da sociedade estejam despertos para estas situações e saibam como agir perante as mesmas. Enleva-se a importância do setor da saúde, dado que este ritual inculque graves consequências na saúde, sendo fundamental que os profissionais tenham formação especializada para lidar com estas situações tão delicadas.

A formação é fundamental para que os profissionais adquiram competências que lhes permitam cuidar de uma forma mais efetiva as vítimas de MGF, prática que, especialmente, apela a um cuidar holístico. Tendo em conta as proporções que este fenómeno assume a nível mundial, parece ser premente o investimento neste domínio, ao qual Portugal, enquanto destino de imigrantes oriundos de países onde a MGF é tradição, não deve ficar alheio. Por outro lado, é também importante que os planos de formação elucidem os profissionais sobre como agir no sentido de prevenir o aparecimento ou a propagação desta prática, incentivando-os a ser agentes de promoção da saúde no que se reporta a esta temática, empoderando-os para que utilizem as estratégias de educação para a saúde mais adequadas a cada situação.

Assim, este investimento deve fundar-se na investigação, formação, políticas e cuidados especializados neste âmbito, para que numa vertente mais ampla e a longo prazo se consiga atingir o objetivo máximo da erradicação deste ritual.

Reconhecendo a lacuna ao nível da investigação nacional acerca da MGF, assim como as necessidades ao nível da saúde de meninas/jovens/mulheres e mesmo famílias e comunidades onde a MGF pode existir, emergiu como inquietação se, efetivamente, os profissionais de saúde possuem conhecimentos e demonstram atitudes e comportamentos adequados a tal situação. Neste contexto desenvolveu-se o presente trabalho, cujo objetivo se prendeu com a descrição dos conhecimentos, atitudes e comportamentos de Médicos Especialistas em Obstetrícia e Ginecologia e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, da região Norte de Portugal, acerca da MGF.

Desta forma, no corrente capítulo pretende-se discutir os resultados tendo em conta os objetivos inicialmente traçados, assim como alguns aspetos metodológicos que fizeram parte do presente trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, para o qual se solicitou a

colaboração de Médicos Especialistas em Obstetrícia e Ginecologia e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia de quatro Hospitais centrais da região Norte de Portugal.

Assim, procede-se à discussão dos resultados, encetando-se a mesma com as características da amostra e continuando-se abordando aspetos relativos aos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais relativamente à MGF.

Os resultados do presente estudo não podem ser generalizados e representam apenas as características inerentes à amostra que foi estudada, devido à técnica amostral utilizada.

A amostra incluiu 138 profissionais, Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia, sendo maioritariamente composta por Enfermeiros (75,4%). O número de Médicos que participou no estudo é significativamente inferior ao número efetivo destes profissionais que enformam os critérios de inclusão, no entanto, não se verificou uma grande adesão ao estudo. Uma vez que se trata de um estudo cuja participação é voluntária, não se conseguiu apurar quais os motivos que conduziram a esta fraca adesão dos Médicos. Apesar disto, o que estes profissionais foram referindo, um pouco por todos os serviços onde o estudo decorreu, remete-se para o facto de este trabalho não suscitar grande interesse pela pouca afluência de mulheres mutiladas aos serviços de saúde nesta região do País.

Os profissionais têm idades entre os 28 e os 71 anos, com uma média de $42,28 \pm 8,978$ anos, sendo o grupo etário mais representado o dos 30 aos 45 anos (53,6%).

Predominam os profissionais do sexo feminino (91,3%), o que pode estar relacionado com o facto de terem participado no estudo mais Enfermeiros do que Médicos. A classe médica é maioritariamente do sexo masculino e a de enfermagem do sexo feminino. Estes resultados vêm confirmar a tendência nacional, onde os Profissionais de Enfermagem são maioritariamente do sexo feminino (53301 profissionais) em detrimento do masculino (12166 profissionais) (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Ao invés, os Médicos são representados mais significativamente pelo sexo masculino (20591 profissionais), comparativamente com o sexo feminino (20073 profissionais) (Ordem dos Médicos, 2009).

No que respeita ao tempo de serviço dos profissionais enquanto especialistas, houve também a necessidade de agrupar tendo-se optado por: menos de 5 anos, entre 5 e 10 anos e mais de 10 anos, considerando, conforme Benner (2001, p. 32) que “a experiência é por

isso necessária para a perícia”. No presente estudo a maioria dos profissionais terminou a especialidade há mais de 10 anos (41,3%), o que pressupõe que detenham mais conhecimentos com os aspetos relacionados com a sua área específica de formação especializada, onde se insere a Mutilação Genital Feminina. Os que tem menos de 5 anos de exercício representam 27,5%.

No que reporta aos conhecimentos dos profissionais podemos observar que os currículos de formação, tanto de base como de especialidade, não primam pela inclusão da Mutilação Genital Feminina no plano de estudos, já que 91,3% dos profissionais refere não ter abordado a questão na formação de base e 80,4% dos mesmos, na formação de especialidade. Apesar de se notar uma maior proporção de profissionais que referem a abordagem da MGF nos cursos de especialidade comparativamente com os cursos de base, os números revelam que é ainda muito reduzido, não se verificando diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao grupo profissional. Estes resultados são sobreponíveis aos de Leye et al. (2008) no sentido em que o estudo desenvolvido na Bélgica com a participação de 333 ginecologistas, revelou que 7,5% dos respondentes abordou a temática na formação médica de base e 20,7% durante a formação pós-graduada. Estes autores ressaltam ainda que os médicos mais novos, com idades inferiores a 40 anos, tendem a ter tido mais formação durante o ensino médico de base (11,3% dos respondentes) do que os seus colegas com mais de 40 anos, já que destes apenas 4,7% referem que isto aconteceu. Assim, podemos observar que não existe um grande investimento neste domínio no que concerne à formação profissional. O mesmo demonstra o estudo de Piedade (2008), realizado em Lisboa com 52 profissionais de saúde, já que 11,5% dos profissionais possuía formação específica nesta área.

Por outro lado, no que respeita à posição da Comissão de Ética, dos Centros Hospitalares onde o estudo foi realizado, face à MGF, os profissionais de saúde revelam também poucos conhecimentos, pois a grande maioria (69,9%) não sabe se existe algum regulamento institucional. Se por um lado, este número revela falta de preocupação por parte dos profissionais perante o assunto, por outro, parece revelar que a própria instituição não se debruça vigorosamente sobre o mesmo, o que pode também estar relacionado com o facto de a MGF não ser uma realidade vulgar nestes serviços de saúde. No entanto, talvez fosse importante que estas comissões adotassem uma postura antecipatória no que respeita a estas questões. No estudo anteriormente referido realizado na Bélgica, apenas 1,2% tinham conhecimento ou informação de orientações institucionais acerca da MGF, apontando para

a não existência de regulamentação ou falta de conhecimento acerca da mesma (Leye, et al., 2008), facto que vem de encontro aos resultados do presente estudo.

Estes dados comprovam uma certa resistência por parte dos profissionais ou mesmo das instituições de saúde às orientações promulgadas tanto no Programa de Eliminação da Mutilação Genital Feminina, como na Declaração Conjunta para a Eliminação da MGF e mesmo nas Orientações Técnicas da Direção Geral da Saúde, que apontam a importância da elaboração de manuais de boas práticas a distribuir pelos serviços de saúde (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009), a promoção de diretrizes éticas tanto a nível da formação como da prática clínica (OHCHR, et al., 2009), assim como, em conformidade com a comunidade em que integram, cada ACES e Unidade Hospitalar devem arquitetar uma resposta para este fenómeno (Orientação da Direção-Geral da Saúde 005/2012 de 6 de Fevereiro, 2012), onde as Comissões de Ética deviam assumir uma posição, dada a delicadeza moral do assunto.

O desconhecimento de aspetos relativos à MGF propaga-se também à legislação existente a nível nacional, ou seja, a grande maioria não sabe se existe legislação que pune esta prática (62,3%), existindo ainda uma parcela dos respondentes (3,6%) que referem que esta lei não existe. Estes resultados fortalecem os de Frade e Gonçalves (2004) que descartaram, no estudo que desenvolveram em Lisboa com 151 profissionais de saúde, que 98% destes não identifica legislação passível de enquadrar a MGF. No nosso caso, o número de profissionais que referem conhecer a lei é substancialmente superior, o que poderá estar relacionado com o facto de os meios de comunicação social e a DGS se terem debruçado recentemente sobre este assunto. A análise destes dados pode refletir que os profissionais não sabem se a MGF é legal ou não em Portugal, o que, em última análise pode influenciar as suas próprias práticas profissionais, pois ao não reconhecerem a lei vigente, não saberão que medidas tomar caso se deparem com casos de MGF.

Os profissionais que reconhecem a legislação acerca da MGF refletem, maioritariamente (52,2%), que a mesma pune “Todas as formas de MGF”. Quanto a este assunto, a legislação não é muito explícita, pois aquilo que refere é que pune “Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a: a) privá-lo de importante órgão ou membro (...); tirar-lhe ou afetar-lhe, de maneira grave, a capacidade (...) de procriação ou de fruição sexual (...)” (Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, 2007). Assim, pode depreender-se que pune todas as formas de MGF, já que todas elas têm como consequência a privação de

importante órgão que por sua vez afeta drasticamente a capacidade de procriação ou fruição sexual. Apesar disto, quase metade dos profissionais que reconhecem a legislação não têm conhecimentos acerca do que a mesma pune, o que conduz a que esta minoria se torne bastante mais importante, pela falta de conhecimento, do que os que reconhecem os parâmetros legais anteriormente citados.

A lacuna ao nível da legislação pode também estar relacionado com o não reconhecimento desta prática em território nacional, o que de alguma forma, pode desmotivar para o investimento em conhecimentos acerca das diferentes implicações em torno da MGF, como sejam orientações de conduta profissional, legislação, entre outras. Aquilo que conseguimos apurar, no estudo, acerca do conhecimento da prática de MGF em Portugal revela que 24,6% dos profissionais considera que esta tradição tem lugar no nosso país. No estudo desenvolvido em Lisboa, também 15% dos profissionais possuem conhecimento relativo à prática em Portugal (Frade & Gonçalves, 2004). Uma percentagem semelhante é apontada nos resultados de Piedade (2008), onde 13,5% dos profissionais revela conhecer a existência deste ritual no nosso país. No entanto, estes dados contrastam com os de Martingo (2009) que declara não se poder afirmar com toda a certeza que isto seja uma realidade em solo nacional, porém, as entrevistas que realizou conduzem à suspeição que o mesmo possa ter acontecido ou ainda se verifiquem mesmo casos isolados. Conforme aponta o Grupo de Trabalho Inter-setorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C (2009), desconhece-se a verdadeira magnitude deste fenómeno a nível nacional.

De uma forma mais ampla, talvez o défice registado ao nível dos conhecimentos dos profissionais acerca de aspetos relacionados com a MGF possa estar relacionado com o facto de esta temática não ser abordada em termos de formação profissional, conduzindo a que os profissionais não estejam alerta para estas situações e não sendo uma prática corrente nos serviços de saúde pode conduzir ao descuido no que concerne à busca de informação por parte dos prestadores de cuidados. Por outro lado, pode ver-se esta lacuna como uma preocupação, já que segundo a OMS, referida pelo Grupo de Trabalho Inter-setorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C (2009), Portugal é um país de risco considerável no que respeita à Mutilação Genital Feminina.

Assim, os profissionais de saúde, para além de deverem atuar no sentido de prevenir situações de MGF e promover a saúde das comunidades onde estas práticas são comuns, podem ter que prestar cuidados a vítimas de mutilação. Necessitam, portanto, de estar

devidamente preparados, uma vez que tendo em conta a particularidade da situação se torna fundamental “estabelecer uma relação de proximidade a estas mulheres, conhecer a realidade na qual a MGF se inscreve” (Vicente, 2007, p.82), já que esta tradição se enquadra “num universo sociocultural e religioso próprio que modula a forma como a mulher vive, pensa, sente e é vista na sociedade” (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009, p. 22). De outro modo, ao não ser uma realidade recorrente na nossa sociedade pode conduzir a que os profissionais se tornem mais púlicos ao abordar estas questões, podendo ter como consequência a não identificação de casos de MGF e posterior implementação de cuidados específicos. Talvez fosse necessário investir no conhecimento dos grupos de riscos, para que os profissionais estejam mais alerta quando estiverem em contacto com mulheres oriundas dos mesmos.

Um trabalho desenvolvido na Suíça, com mulheres vítimas de mutilação e profissionais de saúde, suporta estas afirmações, já que se constatou que a reação do profissional pode provocar sentimentos de vergonha e medo, como demonstra o testemunho seguinte: *“Beforehand I have been proud. But through the medical consultation my pride has been hurt. The physician was very shocked, when he realized that I am sutured. He did not want to ask. He did not at all want to talk about it.”*³ (Woman from Somalia 38 years) (Thierfelder, 2003, p. 46). No mesmo estudo uma Enfermeira revela que quando era mais jovem na sua profissão não se atrevia a abordar as questões relacionadas com a MGF, mas com o passar do tempo e a aquisição de informação acerca do assunto e dos cuidados às pacientes, tornou-se cada vez mais capaz de lidar de uma forma mais ativa com a situação.

Assim, torna-se mais evidente perceber a necessidade de os profissionais de saúde possuírem formação específica num domínio tão peculiar da prestação de cuidados. Neste ponto, os profissionais intervenientes no presente estudo revelaram alguma concordância, já que a grande maioria concordou que gostava de possuir mais formação relativamente ao quadro legal português (79,7%), às orientações técnicas sobre a gestão clínica do acompanhamento da MGF (68,1%), bem como às regras de conduta sobre questões éticas e legais relacionadas com a MGF (80,4%).

No entanto, 4 profissionais (2,9%) admitem que não gostariam de ter qualquer formação sobre o tema, o que é congruente, ainda que com muito menos magnitude, com os

³ “Antes disto eu tinha orgulho. Mas através da consulta médica o meu orgulho foi ferido. O médico estava muito chocado, quando se apercebeu que eu estava suturada. Ele não queria perguntar. Ele não queria, de forma nenhuma, falar sobre isso.” – Tradução Livre

resultados de Kaplan, Torán, Moreno, Castany e Muñoz (2009) que numa amostra de 184 profissionais dos cuidados de saúde primários do Sistema de Saúde Catalão, 18% dos mesmos não demonstra interesse em ter mais conhecimentos sobre MGF, tendo em conta que 16% detetou casos de MGF no mesmo ano, torna-se inquietante a despreocupação pelo tema, assim, como no caso do nosso estudo. Torna-se difícil encontrar uma explicação para este facto, uma vez que é totalmente contraditório ao que se preconiza, ou seja, é essencial formar os profissionais para que possam prestar cuidados efetivos nestas situações tão específicas, tornando-se incompreensível o desinteresse por parte de profissionais de saúde especializados na área que mais facilmente podem contactar com vítimas de mutilação. Contudo, estes resultados devem conduzir a um maior enfoque de intervenção, pois se os profissionais mesmo interessados demonstram poucos conhecimentos, existe a necessidade de cativar de uma forma mais vigorosa aqueles que se encontram mais desmotivados, o que passa, talvez, pelo apuramento da magnitude do problema a nível nacional.

Apesar de os conhecimentos acerca do tema serem fundamentais para a prestação de cuidados, torna-se necessário perceber, também, as atitudes dos profissionais face ao mesmo, pois são estas que vão, posteriormente, influenciar o comportamento, positiva ou negativamente.

De uma forma geral, os profissionais incluídos no estudo apresentam atitudes positivas. No entanto, à exceção da afirmação “Uma forma de violência contra as mulheres” que revela somente atitudes positivas, em todos os restantes itens as respostas dos profissionais variam ao longo dos valores da escala de concordância.

Concretizando, ao encararem a MGF como uma violação dos Direitos Humanos, os profissionais de saúde, vão de encontro ao que se inscreve na literatura, já que aqui se aponta esta tradição como a prática que “desafia de forma mais acutilante todo o edifício que suporta o princípio da universalidade dos Direitos Humanos” (Silva, 2007, p. 16), apresentando os médicos atitudes mais positivas do que os profissionais de enfermagem. Na mesma linha de pensamento, os profissionais consideram também esta tradição como uma forma de violência contra as mulheres, o que de alguma forma dá continuidade ao facto de ser uma ofensa aos Direitos Humanos. No entanto, esta prática é simultaneamente uma discriminação baseada no género, assente em “desequilíbrios de poder entre homens e mulheres” inibindo estas de beneficiar em pleno dos direitos humanos (OHCHR, et al., 2009, p. 12). Estes resultados vão de encontro aos de Leye et al. (2008) no sentido em que

85,6% dos respondentes consideram esta prática como uma forma de violência contra as mulheres e 60,8% a veem como uma violação dos Direitos Humanos.

Os profissionais revelam também atitudes positivas relativamente à MGF ser uma tradição cultural pela qual não podemos fazer nada e um preceito religioso que é necessário respeitar, ou seja, reconhecem, na sua maioria, que podemos fazer algo para travar a MGF. Realça-se, no entanto, o facto de existirem profissionais que nestes itens não apresentam atitudes favoráveis, isto é, são pouco concordantes com o facto de se poder intervir ao nível da MGF. Ao confrontarmos estes resultados com a necessidade de erradicar esta prática, parece preocupante saber que alguns profissionais de saúde não reconhecem o papel interventivo que podem e devem assumir no sentido de anular esta tradição. Contrariam mesmo a intenção de estratégia global lançada pela Campanha Europeia de Fim à Mutilação Genital Feminina, onde os vários setores da sociedade são chamados a desenvolver ações no sentido de prevenir a MGF, destacando-se o setor da saúde, pelos riscos acrescidos de poderem dar continuidade a este ritual através da medicalização do mesmo (Equipa da Campanha Europeia Fim à MGF, s.d.).

Tendo em conta que as atitudes são intenções que motivam o comportamento, e atendendo a esta minoria, em que as atitudes não são muito positivas, parece fundamental encontrar estratégias para modificar as mesmas, no sentido de todos os profissionais poderem trabalhar estas questões uniformemente e em concordância com o que é esperado.

A maioria dos profissionais não concorda com o paralelismo estabelecido entre a MGF e a intervenção cirúrgica, denotando-se, porém, alguma discrepância nas respostas, o que deixa transparecer alguma falta de clareza na definição dos conceitos. Esta disparidade assumida entre os dois termos pode estar relacionada com o facto de uma cirurgia ser vista como uma intervenção médica, através da qual muitas alterações corporais podem ser executadas. No entanto, apesar de a mutilação imprimir também mudanças corporais significativas, esta é reprovada em termos médicos, o que pode contribuir para a afastar do significado de intervenção cirúrgica.

A reinfibulação inclui-se na definição do Tipo III de Mutilação Genital Feminina (OHCHR, et al., 2009), a qual é punida por lei em Portugal, revelando, portanto, a não-aceitação desta prática. Analisando os dados empíricos, podemos observar que os profissionais, na generalidade, demonstram atitudes positivas relativamente a este assunto pois, apesar de demonstrarem alguma falta de conhecimentos, quando confrontados com

um hipotético pedido de reinfibulação os profissionais direcionam-se maioritariamente para a não realização da mesma, o que vem também de encontro à não-aceitação da similaridade estabelecida entre episiorrafia e reinfibulação. Quanto a este assunto, os Médicos apresentam atitudes mais positivas do que os Enfermeiros, tanto no que concerne à oposição entre episiorrafia e reinfibulação, como na explicação que a reinfibulação é contrária à lei, bem como na não execução de reinfibulação a pedido da mulher.

Ao invés, revelam atitudes menos positivas no que respeita ao piercing genital e à cirurgia estética vaginal como formas de MGF, ou seja, estas intervenções no corpo feminino parecem ser mais bem aceites do que a MGF, sendo que os Enfermeiros apresentam atitudes mais positivas relativamente à cirurgia estética do que os Médicos. No entanto, se pensarmos no Tipo IV de MGF e apesar de a cirurgia estética não ser considerada uma mutilação (OHCHR, et al., 2009), podemos observar que nesta categoria se englobam todas as outras intervenções à genitália feminina por razões não médicas (WHO, 2008). Assim, parece estarmos perante um contra-senso, pois se não existem razões médicas para a realização do piercing e a cirurgia vaginal (a que nos referimos é estética), por que razão estas duas intervenções são mais bem aceites pelos profissionais de saúde?

Numa análise ainda mais ampla, por que razão estas duas intervenções são plausíveis a nível social e mesmo jurídico, quando se reconhecem os graves efeitos secundários que daí podem advir para a saúde, os quais coincidem com os da MGF?

Na Declaração Conjunta para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina (2009), um dos exemplos do Tipo IV é a perfuração, advertindo-se o leitor para que não interprete o termo original “piercing” enquanto adereço. No entanto, esta análise reporta-nos para uma questão mais abrangente que se prende com a dicotomia inerente a este termo, pois o adereço implica sempre uma perfuração, a qual se insere no Tipo IV. Assim, e tendo em conta que o piercing corporal tem ganho popularidade e aceitação social (Tweeten & Rickman, 1998), não estaremos a legitimar ritos de mutilação aparentemente menos prejudiciais? Da mesma forma que a MGF, os piercings realizados por diversos motivos e em diferentes locais anatómicos (Tweeten & Rickman, 1998), sendo que Wright, citado por Tweeten e Rickman (1998), acrescenta que tem aumentado o número de homens e mulheres que colocam piercings genitais, tanto por razões estéticas como sexuais. De modo idêntico, a cirurgia estética parece colmatar lacunas de auto-estima, resultantes da “desconformidade do corpo em relação às normas” (Poli Neto & Caponi, 2007, p. 1) o que inflaciona o engrandecimento da “medicina de beleza” (Poli Neto & Caponi, 2007, p. 1).

Aquilo que podemos constatar é que MGF, piercing genital e cirurgia estética vaginal se intersejam em pontos fulcrais, como sejam, o embelezamento do corpo e as questões sexuais. No entanto, afastam-se em aspetos tão fundamentais como a vontade da própria mulher, já que a MGF surge como uma imposição (ao contrário das outras duas práticas) e, geralmente, a pessoa que realiza a intervenção, ou seja, a mutilação é quase sempre executada por mulheres sem qualquer formação, em condições de higiene impróprias, excetuando-se os casos em que é medicalizada, o que contrasta com as restantes práticas abordadas, que são, geralmente realizadas por profissionais e locais apropriados para o efeito. Neste sentido, a MGF, sendo uma prática ancestral, culturalmente enraizada em países subdesenvolvidos, imposta às meninas/mulheres como uma tradição irrefutável e promotora de graves danos para a saúde, é alvo de várias intervenções a nível mundial no sentido da sua erradicação. Enquanto isto, a prática de piercings e cirurgia estética vaginal ganha terreno nas sociedades desenvolvidas, ao abrigo da Lei, e medicamente assistida.

Nesta ótica, parece que as práticas, ainda que sem objetivos médicos, mas meramente estéticos, adquirem maior aceitação por parte da sociedade e profissionais de saúde quando são, de certa forma, medicalizadas e/ou realizadas em condições de higiene controladas. Em última instância, esta constatação pode contribuir para que a MGF medicamente assistida seja vulgarizada, deitando por terra os esforços reunidos no sentido de a combater. Torna-se, portanto, pertinente uma maior clarificação das práticas, no que respeita à tipologia adotada para classificar a MGF, de modo a evitar a dubiedade dos termos, apesar de na Declaração Conjunta para a Eliminação da MGF (2009) se considerar preponderante a manutenção de um significado generalista, a fim de evitar vazios que facilitem a continuação da prática.

O estudo de Leye et al. (2008) revela, também, que quanto ao Tipo IV, os problemas surgem quando se trata de piercing e incisão simbólica. No que concerne à incisão simbólica, os profissionais do nosso estudo revelam atitudes positivas, ou seja, apesar de alguma heterogeneidade relativamente ao assunto, a posição dos profissionais tende a situar-se junto da pouca concordância relativamente à realização de uma incisão simbólica em detrimento da MGF, sendo os Enfermeiros quem apresenta atitudes mais positivas quando comparados com os Médicos. Estes resultados parecem contrariar a tendência dos países ocidentais, onde, como aponta Shell-Duncan, a “chamada versão *light* da MGF” é uma questão recorrente, apesar de rejeitada pela OMS e organizações profissionais (Leye, et al., 2008, p. 188).

Assim, apesar de parecer existir um risco menor de ocorrência de incisão simbólica por estes profissionais, reconhece-se a necessidade de abordar e clarificar estas questões, já que a unanimidade das respostas não é total, havendo profissionais que concordam que esta pode ser uma prática alternativa a formas mais extensas de mutilação. Então, a nosso ver, esta minoria deve ser alvo de atenção, no sentido de não permitir a banalização de práticas de menor dimensão, com significados e danos para a saúde idênticos, nem mesmo que estas práticas minor camuflam, somente pela denominação, formas de mutilação mais severas, ou seja, as vítimas de MGF podem utilizar designações mais aceitáveis (incurtidas na própria comunidade) para denominar uma prática de mutilação mais radical (OHCHR, et al., 2009).

Desta forma, é crucial que os profissionais de saúde conheçam convenientemente a classificação da MGF, para que, durante um exame ginecológico sejam capazes de a identificar (Orientação da Direção-Geral da Saúde 005/2012 de 6 de Fevereiro, 2012) e implementem intervenções adequadas à situação, tanto no sentido de reduzir as suas repercussões, como de intervir para travar a sua perpetuação. Nesta linha, segundo Leye, Powell, Nienhuis, Claeys e Temmerman (2006) referindo-se à OMS e outras organizações, os profissionais de saúde devem abster-se de qualquer forma de MGF, ainda que se pense que a medicalização deste ritual, uma vez realizado sob condições de higiene controladas, possa ser uma solução para a diminuição das complicações. A Organização Mundial de Saúde é clara ao assumir que a mesma entra em conflito com o juramento de Hipócrates, não podendo, portanto, ser efetuada por profissionais de saúde (Ibidem).

No que respeita a esta questão, os profissionais revelam atitudes positivas, pois ainda que seja para evitar complicações, demonstram pouca concordância com a realização desta prática por profissionais de saúde. Estes resultados contrastam com os de Leye et al. (Leye, et al., 2008), onde cerca de metade dos profissionais é a favor de uma incisão simbólica e 1 em cada 5 é a favor da MGF realizada por profissionais de saúde, colocando em risco as políticas de erradicação da MGF.

No entanto, apesar de revelarem atitudes maioritariamente positivas, é necessária alguma prudência na interpretação deste tipo de resultados, pois, muitas vezes, conhecimentos e atitudes favoráveis, podem não estar diretamente relacionados com práticas corretas. De encontro a esta premissa, um estudo realizado na Nigéria demonstrou que, apesar das enfermeiras terem conhecimentos acerca da MGF e a reconhecerem como uma prática nefasta, algumas destas profissionais continuam a realizar mutilações, alegando razões

sociais e económicas (Onuh, et al., 2006), facto que nos leva a pensar que não é suficiente investir ao nível dos conhecimentos, mas sim encontrar formas de fazer com que os conhecimentos sejam promotores de comportamentos favoráveis.

Em Portugal, apesar de não se conhecer concretamente a dimensão deste fenómeno, sabe-se que existem mulheres vítimas de MGF a quem é necessário prestar cuidados e com quem é necessário trabalhar no sentido de descortinar os domínios da prática em território nacional. Nos centros hospitalares onde se realizou o estudo, 5,1% (7) dos profissionais de saúde prestou cuidados a vítimas de MGF; 71,4% dos quais se deparou com estas situações durante um exame ginecológico. Tendo em conta estes números, podemos cair no erro de desvalorizar o fenómeno, porém, sabemos que a sua simples existência deve ser propulsora de ações intersectoriais (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C, 2009). Os países de origem destas mulheres são Portugal, Ucrânia, São Tomé e Príncipe, Mali, Etiópia, Senegal, entre outros países Africanos não especificados, o que por si demonstra a dimensão global que o fenómeno adquire, pois destes apenas o Mali, Etiópia e Senegal são identificados como países com elevadas taxas de MGF, segundo a UNICEF (2005). Porém, estes resultados concretizam a preocupação desta mesma organização (Innocenti Research Centre - UNICEF, 2005), já que a emigração para países onde esta prática não é uma tradição começou a surgir depois da II Guerra Mundial, nomeadamente para países industrializados da Europa, contribuindo para que práticas como a MGF fossem disseminadas um pouco por todo o mundo, tornando a monitorização dos casos muito mais difícil de realizar.

Ao confrontar estes resultados com os de Frade e Gonçalves (2004), constatou-se que em Lisboa parecem existir mais casos de MGF, já que 17% dos profissionais do seu estudo haviam sido confrontados com estas situações, o que de certa forma, seria esperado, pois as comunidades imigrantes oriundas de países onde a MGF é tradição, localizam-se preferencialmente na região da grande Lisboa. O mesmo é corroborado pelos achados de Piedade (2008), que demonstram que de 53,8% da amostra, 26,9% já havia sido confrontado com situações de MGF durante a prática profissional. Confrontando com as estatísticas do INE (2011), relativas à distribuição da população imigrante em Portugal, podemos observar que as comunidades oriundas de Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe se acomodam preferencialmente na região de Lisboa (16052 e 8443 habitantes, respetivamente) em detrimento das restantes regiões do país, como no Norte onde se contabilizaram 612 e 458 imigrantes destes mesmos países. Assim, podemos ter uma

explicação para o facto de se encontrarem mais casos de mutilação em Lisboa do que nas restantes regiões, onde se inclui a região Norte.

Na Bélgica, os números são ainda mais elevados, já que 58,4% dos profissionais do estudo viram meninas e mulheres vítimas de MGF, (Leye, et al., 2008).

Apesar desta amostra de profissionais ser bem mais significativa que a nossa, podemos observar que na Bélgica o fenómeno MGF parece adquirir uma dimensão bem mais evidente. Se a estas evidências adicionarmos o facto de cada vez mais profissionais de saúde portugueses serem levados a emigrar para trabalhar em países europeus, onde se inclui a Bélgica, podemos estar perante um problema ainda maior, já que, como podemos constatar, os profissionais de saúde não abordam esta temática na formação e demonstram poucos conhecimentos acerca da mesma. Desta forma, pode ser algo preocupante a prestação de cuidados por estes profissionais num contexto onde a MGF é uma realidade bem mais presente do que no nosso país. Assim, reconhecemos mais um motivo para a inserção da MGF nos planos curriculares dos cursos de formação de profissionais de saúde, os quais devem ser cada vez mais preparados para lidar com a transculturalidade.

Os tipos de MGF com que os profissionais deste estudo se depararam foram, por ordem decrescente de ocorrências, Tipo II (57,1%), Tipo I (42,9%) e Tipo III (14,3%), sequência também verificada no estudo de Frade e Gonçalves (2004), onde 15 situações identificadas são do Tipo II; 14 do Tipo I e 2 do Tipo III. Em ambos os casos não foram assinaladas situações de MGF Tipo IV, o que deixa alguma dúvida, pois podem não ter ocorrido na realidade, ou não ter sido identificadas, por se tratar de agressões *minor*, com características bastante diferentes dos outros três tipos de mutilação. Por outro lado, no estudo de Piedade (2008), a MGF Tipo I foi observada 8 vezes; o Tipo II, 5 vezes; e o Tipo III e IV, uma vez cada. Pelo contrário, na Bélgica, o tipo de MGF mais encontrado através do estudo a que nos referimos anteriormente (Leye, et al., 2008) foi o III, o qual, pela gravidade que o caracteriza, pode provocar mais complicações e, por isso, exigir uma intervenção ainda mais específica.

Intersectando estes achados com o facto de os profissionais possuírem poucos conhecimentos acerca da MGF, pareceria natural pensar que, quando em contacto com esta realidade, os profissionais fossem pesquisar e tentar aprofundar conhecimentos acerca do assunto. No entanto, o que verificamos é que, dos profissionais que prestaram cuidados a vítimas de MGF, 57,1% não procuraram saber mais informação. Os resultados encontrados

por Kaplan, Torán, Moreno, Castany e Muñoz (2009) vêm de encontro aos do nosso estudo, já que no seu estudo, ainda que com menor magnitude, 18% dos profissionais não revela interesse em saber mais sobre MGF. Ora, pensando em tudo o que temos vindo a expor, tanto nas imigrações de pessoas de países onde esta tradição se encontra enraizada, como nas emigrações de profissionais para países onde a realidade de vítimas desta prática adquire dimensões bem mais evidentes do que em Portugal, podemos constatar que alguma sensibilização deve ser feita para que os profissionais reconheçam a necessidade de adquirir formação e competências para poder prestar cuidados a vítimas de MGF, tão especializados quanto a situação o exige. Por outro lado, podemos constatar que os nossos resultados representam aproximadamente o triplo dos encontrados por Kaplan, Torán, Moreno, Castany e Muñoz (2009), ou seja, à primeira vista parece que na nossa amostra os profissionais revelam menos interesse relativamente ao tema, apesar de termos que ter em atenção que no nosso trabalho estes resultados dizem respeito, somente, aos profissionais que tiveram contacto com casos de MGF, enquanto no outro foram incluídos todos os profissionais da amostra, o que pode conduzir a esta disparidade, já que perante um número reduzido de casos, a variação de um reduzido número de respostas pode adquirir grandes repercussões nos valores relativos.

Os profissionais de saúde deste estudo, para além de se terem deparado com situações de MGF, depararam-se também com complicações resultantes da mesma, designadamente, fístulas, complicações devido a MGF recente, problemas sexuais e infertilidade. Como podemos constatar, são poucos os casos de mutilação, mas diversificados os efeitos nefastos que dela resultaram e que reclamam um cuidado singular por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de uma abordagem ampla e não redutoramente biomédica. No estudo realizado em Lisboa por Frade e Gonçalves (2004), apenas 1% da amostra total foi abordada por complicações resultantes de MGF. De encontro ao proferido, Kaplan-Marcusán, et al. (2010) explicam que o conhecimento destas práticas e a adoção de abordagens preventivas, sustentadas na transculturalidade, podem representar um paradigma de intervenção positivo no cuidado das comunidades migrantes, atendendo aos seus valores e cultura, ao mesmo tempo que se apresenta efetivo na eliminação das consequências físicas e psicológicas.

Perante estas complicações, os profissionais de saúde tendem a encaminhar os casos para outro profissional, o que demonstra, não só, falta de preparação para lidar com estas situações, como a carência de diretivas técnicas orientadoras do procedimento perante

casos de MGF. Por outro lado, estes encaminhamentos podem surgir devido à existência de profissionais mais especializados em determinado assunto que poderão ajudar a resolver o problema. Neste sentido, torna-se premente que os profissionais de saúde recebam orientações claras acerca do encaminhamento a realizar quando não possuem competências necessárias para cuidar de uma mulher com problemas de saúde devido a MGF ou mesmo disponibilidade para o fazer (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys, & Temmerman, 2006).

Assim, no nosso estudo, como no de Leye et al. (2008) os problemas sexuais resultantes da MGF foram os que tiveram maior prevalência entre todas as complicações, mas, do mesmo modo, não nos permitem elucidarem acerca da natureza de tais problemas. Neste sentido, há necessidade de aprofundar estes estudos e perceber quais são, efetivamente, estes problemas, a fim de se poder dar uma resposta adequada em termos de cuidados de saúde.

No nosso estudo, apesar de nenhum profissional ter sido abordado no sentido de praticar alguma forma de MGF ou mesmo defibulação/reinfibulação, um dos profissionais foi questionado acerca da possibilidade de realizar esta tradição em Portugal. Neste caso, talvez tivesse sido interessante explorar mais esta questão e saber qual o comportamento dos profissionais face a esta abordagem. Em comparação, no estudo realizado por Frade e Gonçalves (2004), 1% dos profissionais refere ter sido solicitado para realizar MGF. Por outro lado, na investigação de Piedade (2008), nenhum dos profissionais foi solicitado para realizar esta prática.

Na Suíça, os resultados encontrados por Jäger, Schulzeb e Hohlfelda (2002), numa amostra de 454 Ginecologistas, revelam que 2 foram solicitados para realizar MGF e 4 foram questionados acerca de onde era possível realizar MGF neste país, representando valores percentuais próximos de 1%.

Quando comparamos estas evidências com os resultados de Leye et al. (2008), verificamos que neste estudo, as percentagens são ligeiramente mais elevadas tanto para a solicitação de realização de MGF (1,8%) como para a abordagem no sentido de saber se esta prática é passível de efetuar na Bélgica (4%). No entanto, estas discrepâncias podem refletir as diferenças de dimensão das amostras nos diferentes estudos ou, por outro lado, espelhar as características inerentes ao país onde decorreram os estudos, pois podem estar relacionadas com o maior ou menor número de imigrantes em cada um dos países e mesmo no interior destes, entre cada região.

Todavia, julgamos que o que será importante enlevar é o facto de, no nosso estudo, existir um profissional que foi abordado no sentido de informar acerca da possibilidade de praticar MGF em Portugal. Esta é uma questão fundamental neste domínio, pois representa uma porta de entrada para a intervenção no sentido de combater a prática, de atuar ao nível dos determinantes de saúde, enfatizando o aumento das capacidades das pessoas e comunidades com a finalidade de lidarem positivamente com as adversidades da vida, conforme referem Loureiro e Miranda (2010) reportando-se a Antonovsky.

Da mesma forma, uma mulher grávida pode representar um elemento chave para iniciar a descontinuação da prática, já que, através da abordagem acerca das suas intenções no caso de ter uma filha, se pode iniciar um processo de intervenção mais amplo. No nosso estudo, 42,9% dos profissionais, face a esta situação empreenderam ações para preservar a filha de sofrer mutilação, enquanto a mesma percentagem de profissionais não o fez. As suas justificações para não o terem feito prendem-se com a dificuldade, por parte da parturiente, em abordar o assunto, assim como pelo facto de uma grávida argumentar ser uma prática cultural enraizada.

Pelo que temos vindo a discutir, mais uma vez se nota a lacuna existente tanto a nível de conhecimentos como no que respeita à existência de um guia orientador para estas situações. Nestes casos, perdeu-se, não só a possibilidade de evitar que três meninas fossem mutiladas, como, de uma forma mais ampla, intervir mais profundamente num domínio movediço que permanece na neblina, ainda um pouco à margem dos cuidados de saúde. Conforme explicam Leye et al. (2008), estes obstáculos teriam sido facilmente ultrapassados, providenciando intermediários comunicacionais.

Assim, podemos constatar que os profissionais de saúde envolvidos neste trabalho apresentam défices de conhecimento acerca da MGF e, apesar de evidenciarem atitudes na generalidade positivas em relação à mesma, em casos que se confrontaram com situações de MGF os seus comportamentos ficam um pouco aquém, sendo de certo modo, representativos da lacuna de conhecimentos que possuem. Por outro lado, os serviços de saúde ainda parecem um pouco formatados para intervir segundo um vertente marcadamente biomédica, ficando a Promoção da Saúde à margem dos cuidados. No entanto, esta, ao assentar no conceito de saúde e bem-estar bio-psico-social (Loureiro & Miranda, 2010), pode e deve ser uma poderosa arma, sobretudo neste tipo de situações, em que existe a necessidade de reestruturar representações sobre a saúde, de forma a construir

arquétipos que se coadunem com o seu verdadeiro sentido e que conduzam à tomada de decisão ao abrigo da responsabilidade individual e grupal.

CAPÍTULO VIII - CONCLUSÕES

A tese que originou o presente trabalho apoia-se na conceção da Mutilação Genital Feminina enquanto foco de intervenção pelos profissionais de saúde a nível nacional. São esparsos os estudos realizados acerca desta temática em Portugal, fazendo com que se desconheça a verdadeira realidade deste fenómeno. Todavia, sabe-se que esta tradição assume dimensões significativas em determinados países africanos e asiáticos, alguns dos quais, país-natal de milhares de imigrantes que Portugal acolhe. Desta forma, concebe-se a ideia de que esta prática possa ser continuada, no país de acolhimento.

Por outro lado, se meninas e mulheres foram mutiladas no país de origem é certo que necessitam de cuidados de saúde especializados no país onde residem, exigindo por parte dos profissionais conhecimentos aprofundados acerca do fenómeno. Com este trabalho pretendeu-se aceder aos conhecimentos, atitudes e comportamentos de Médicos e Enfermeiros acerca da MGF.

Chegada esta etapa do relatório, apresentamos as conclusões do estudo, encetando com as conclusões da revisão da literatura, seguidas dos principais resultados da investigação e recomendações decorrentes da investigação, terminando com as limitações do estudo.

8.1. DA REVISÃO DA LITERATURA

A Mutilação Genital Feminina envolve todas as intervenções que impliquem a remoção total ou parcial da genitália externa feminina ou que tenham como consequência a lesão dos órgãos genitais sem qualquer fundamento médico (OHCHR, et al., 2009). Distinguem-se quatro tipos diferentes: tipo I (clitoridectomia), tipo II (excisão), tipo III (infibulação), tipo IV (todas as outras formas de intervenção prejudicial para a genitália feminina por razões não médicas) (WHO, 2008), que para melhor se clarificarem foram subdivididos em a) e b), consoante as estruturas genitais afetadas pelo corte.

Torna-se difícil explicar como surgiu esta tradição, pois não só o ritual é complexo como são diversos os motivos que lhe servem de sustentação (Martingo, 2009), acrescentando De Bruyn, citado por Leye (2008), que estes variam consoante a região, grupo étnico ou comunidade. Leye (2008) resume-os em religiosos, de saúde e higiene, de cariz étnico ou

tradicional, sócio-económico ou relacionados com o género, os quais podem existir isolada ou concomitantemente.

Todas estas razões permitem que se perpetue uma tradição ancestral que acarreta inúmeras consequências para as suas vítimas, tanto a nível físico como psicológico e social. Segundo a OMS (2011) as complicações mais imediatas são hemorragia, dor severa, tétano, sepsis, retenção urinária, abertura de feridas na região genital e tecidos adjacentes. Por outro lado, as complicações mais tardias remetem-se para infeções urinárias recorrentes, quistos, infertilidade, risco aumentado de complicações durante o parto, morte neonatal e necessidade de cirurgias posteriores (WHO, 2011). De salientar que, muitas vezes, devido à dor intensa e infeção, pode ocorrer choque e morte.

A MGF causa também danos psicológicos, tanto associados à impossibilidade ou dificuldade de fruição sexual, como também relacionados com o sofrimento físico resultante da mutilação (Lopes C. B., 2007). De outra forma, sendo a MGF uma tradição realizada com o intuito de promover a coesão social (Marcelino, 2007), é natural que a sua não realização promova consequências menos positivas para a menina/mulher enquanto membro daquela comunidade.

A MGF é, tradicionalmente, mais realizada em algumas comunidades da África e Ásia Ocidental (UNFPA, 2007). No entanto, a Organização Mundial de Saúde alerta para o facto de este ritual se encontrar disseminado um pouco por todo o mundo, estimando-se que 100 a 140 milhões de meninas e mulheres tenham sido mutiladas (WHO, 2011). No que respeita à Europa, não se encontram dados concretos acerca do número de meninas e mulheres que sofreram ou que estão em risco de MGF (Leye, 2008), todavia, a Equipa da Campanha Europeia Fim à MGF (s.d.) estima que vivam na União Europeia cerca de 500.000 mulheres vítimas de MGF. Portugal insere-se também neste panorama, já que a OMS considera que é um país de risco, tanto pelo facto de as comunidades migrantes quererem fazer perdurar este rito no país de acolhimento, como pelo facto de viverem também meninas e mulheres que já haviam sofrido MGF no país de origem (Frade & Gonçalves, 2004).

Cruzando as consequências da MGF com a possível existência da mesma a nível nacional, podemos perceber a importância de uma intervenção integrativa por parte de todos os setores da sociedade, com o objetivo de combater este ritual e prestar o devido suporte às vítimas do mesmo.

Esta temática tem sido alvo de apreciação por parte do Direito, tanto a nível internacional como nacional, sendo integrada, no nosso país, no artigo 144º do Código Penal que aborda a “Ofensa à Integridade Física Grave” (Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, 2007).

Por outro lado, nas Recomendações de Adelaide (OMS, 1988) encontra-se explícita uma grande preocupação com o empoderamento das mulheres no que respeita à sua saúde, sobretudo as pertencentes a grupos mais desfavorecidos, que se devem tornar parceiras na formulação de políticas, com a finalidade de garantir a sua importância cultural. Desta forma, percebemos o interesse do papel dos profissionais de saúde não só na prestação de cuidados às vítimas de MGF, como no empoderamento das mesmas, no sentido de as capacitar a tomar uma posição mais ativa face a esta problemática, envolvendo-as em programas de ação para a abolição da mesma.

Os profissionais de saúde devem, portanto, implementar medidas de promoção de saúde sexual e reprodutiva com recurso a ações de educação para a saúde, as quais se devem basear numa abordagem transcultural, privilegiando a promoção de competências pessoais e sociais (Lopes N. A., 2007). Neste sentido, “é essencial para estabelecer uma relação de proximidade com estas mulheres, conhecer a realidade na qual a MGF se insere” (Vicente, 2007, p. 82).

Assim, será fundamental perceber o que os profissionais de saúde sabem sobre o assunto, no sentido de se poderem implementar ações que visem a excelência dos cuidados numa situação tão particular como a MGF.

8.2. DA INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta os pressupostos teóricos explicitados, surgiu uma questão que impulsionou o desenvolvimento do estudo: “Quais os conhecimentos, atitudes e comportamentos de Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia, da região Norte de Portugal, relativamente à MGF, no ano 2012?” No sentido de lhe dar resposta, recorreu-se ao questionário de Leye et. al. (2008)⁴, que após autorização da autora e adaptação se aplicou a Médicos e Enfermeiros Especialistas em Ginecologia, Saúde Materna e Obstetrícia de quatro Hospitais centrais da região norte do país. Os dados foram tratados com recurso a técnicas estatísticas adequadas a um estudo descritivo.

⁴ Desenvolvido no International Centre for Reproductive Health (ICRH) - Ghent University em colaboração com o International Centre for Research on Criminal Policy (IRCP) e o University Hospital of Antwerp

A amostra de 138 profissionais de saúde recrutada para o presente estudo é maioritariamente constituída por Enfermeiros (75,4%). São profissionais na grande maioria do sexo feminino (91,3%), predominantemente com idades compreendidas entre os 30 e os 45 anos (53,6%) e especialistas há mais de 10 anos (41,3%).

Através da empiria pudemos constatar que os profissionais envolvidos no estudo, de uma forma geral, são detentores de poucos conhecimentos acerca da Mutilação Genital Feminina. Esta é uma temática muito fracamente abordada em termos de formação de especialidade e ainda de forma mais esparsa na formação de base.

No que respeita à posição da comissão de ética acerca da MGF, os profissionais demonstram também não ter conhecimento sobre a mesma (69,6%), o que, num sentido mais amplo, poderá representar que não sabem a conduta a assumir perante uma situação de MGF. Por outro lado, pode significar também que as instituições não se debruçaram devidamente sobre o tema e não existe, efetivamente, qualquer regulamento para estes casos, até porque 26,1% dos profissionais afirmam que a comissão de ética não assumiu nenhuma posição.

Por outro lado, a maioria não sabe se a MGF se pratica em Portugal (68,8%).

Na mesma linha, registam-se défices de conhecimento no que concerne à legislação portuguesa acerca da MGF, pois 62,3% dos profissionais não sabe se existe uma lei que enquadra este fenómeno. No entanto, os que consideram que em Portugal existe legislação que regulamenta a MGF apresentam na maioria, conhecimento da lei, uma vez que respondem que pune “todas as formas de MGF” (52,2%). Nota-se, porém, alguma falta de clareza por parte dos profissionais, pois, alguns consideram que a lei permite MGF quando realizada a menores de idade (2,2%) e por médicos (10,9%).

Apesar destas evidências, 2,9% dos profissionais não identifica a necessidade de investir em formação neste domínio. Porém, a maioria dos profissionais gostaria de possuir mais formação acerca do quadro legal vigente, das orientações técnicas sobre a gestão clínica dos casos de MGF e acerca de regras de conduta éticas.

Desta forma, os profissionais de saúde envolvidos neste estudo revelam fracos conhecimentos acerca da MGF e apesar disto, a minoria refere interesse em formação acerca do tema. Tendo em conta que a MGF, apesar de camuflada, é uma realidade dos nossos dias e que a OMS, citada pelo Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C (2009), coloca em Portugal um risco acrescido no que respeita a esta

prática, parece preocupante que os profissionais de saúde especificamente em Ginecologia e Obstetrícia, detenham poucos conhecimentos acerca do assunto.

Em oposição, os profissionais demonstram, na generalidade, atitudes positivas relativamente à MGF, já que a consideram como uma violação dos direitos humanos, uma forma de violência contra as mulheres. Do mesmo modo, não encaram este fenómeno como um preceito religioso que deva ser respeitado, nem vêem a MGF como uma intervenção cirúrgica. Ainda no seguimento, não consideram que a prática de uma incisão simbólica seja alternativa a formas mais severas nem que a MGF deva ser realizada por profissionais de saúde ainda que para proteger de possíveis complicações.

As dúvidas parecem surgir quando se trata de piercings, cirurgia estética vaginal e reinfibulação. Assim, os profissionais de saúde não reconhecem o piercing e a cirurgia estética vaginal como forma de MGF, o que levanta algumas questões, pois a própria definição de MGF destina-se a todas as agressões à genitália feminina por razões não médicas, onde se poderiam incluir os piercings e mesmo a cirurgia estética vaginal, pois, sendo estética, podem não haver motivos clínicos para a realizar. Por outro lado, o tipo IV engloba todas as agressões que não são descritas nos tipos I, II e III, onde se inserem a perfuração, escarificação cauterização, entre outros. Assim, por que não se englobam, por exemplo, os piercings no tipo IV, se estes mesmos implicam perfuração? São estas as questões que ficam por responder quando analisamos a definição de MGF, conduzindo a que a cirurgia estética e o piercing genital vão ganhando terreno nas sociedades desenvolvidas, ao mesmo tempo que se luta contra a medicalização de práticas ancestrais de igual modo adúlteras da genitália feminina, pois talvez por estarem associadas a condições de higiene e saúde mais controladas que a MGF sejam mais bem aceites tanto por profissionais de saúde como pela sociedade em geral.

No que respeita à reinfibulação, apesar de alguma discrepância nas respostas dos profissionais, estes tendem a revelar atitudes positivas, pois a reinfibulação inclui-se no Tipo III de MGF, sendo punível por lei, o que, de certa forma, também justifica o facto da episiorrafia e reinfibulação serem diferentes, conforme consideram a maioria dos profissionais. Por outro lado, perante um hipotético pedido de realização de reinfibulação após um parto, os profissionais de saúde demonstram atitudes positivas, pois revelam que optariam, na generalidade, por fazer uma episiorrafia normal em detrimento do pedido da mulher. Todavia, observa-se que alguns dos profissionais revelam atitudes negativas, demonstrando mesmo que executariam o pedido da mulher; facto que nos deve deixar

alerta, pois podem ser agentes de medicalização da prática. Assim, depreendemos a necessidade de investir neste domínio no que respeita à formação dos profissionais de saúde.

Neste estudo, constatamos que 5,1% dos profissionais prestou cuidados a mulheres vítimas de MGF e 71,4% deparou-se com esta situação durante um exame ginecológico. Desta forma, podemos observar que é um assunto real, e não uma mera suposição teórica, com o qual os profissionais podem ter que lidar e para o qual devem estar devidamente preparados. Por outro lado, é fundamental que os profissionais de saúde consigam reconhecer devidamente todas as formas de MGF para que se possam prestar os cuidados tendo em conta as necessidades específicas de cada uma, dado que muitas complicações não são transversais a todos os tipos de mutilação, sendo próprias de um ou outro. Assim, é primordial saber identificar o tipo de MGF e toda a envolvimento que este implica, bem como a conduta a assumir perante a situação.

Como podemos observar no nosso estudo, alguns profissionais depararam-se com complicações resultantes da MGF, designadamente, fístulas, problemas sexuais, infertilidade e complicações resultantes de mutilação recente. Perante isto, 75% dos profissionais optou por encaminhar a situação para outros profissionais, o que pode revelar o reconhecimento das competências de outro profissional como específicas para lidar melhor com o caso.

Apesar de nenhum dos profissionais da nossa investigação ter sido abordado no sentido de realizar MGF, reinfibulação ou defibulação, um dos profissionais foi interpelado no sentido de informar se em Portugal era possível realizar MGF.

Os dados do estudo evidenciaram também que dos profissionais que prestaram cuidados a mulheres vítimas de MGF, a maioria (57,1%) não procurou saber mais sobre o assunto. Esta questão torna-se inquietante, tendo em conta um panorama em que os profissionais demonstram fracos conhecimentos sobre o assunto, em que este não é abordado na formação de base e especialidade e onde a MGF é, efetivamente, uma realidade. Desta forma, parece premente sensibilizar os profissionais de saúde para este assunto, pois exige não só saberes técnicos, mas sim uma abertura mental para abordar a transculturalidade em que o fenómeno se insere.

Por outro lado, quando confrontados com grávidas vítimas de MGF, metade dos profissionais (42,9%) não empreenderam ações para preservar a filha de futura mutilação,

o que pode ser entendido como convivência para com a prática. Ora, se os profissionais, na generalidade, demonstram atitudes positivas perante a MGF, como se entende que não aproveitem estes contactos diretos com as situações para implementar medidas de combate à tradição?

As implicações desta inércia podem ser graves, e neste caso conduzir a que mais meninas sejam mutiladas, permitindo, em última instância, que a tradição se perpetue à sombra de um segredo público. Podemos, então, constatar que apesar de as atitudes serem positivas, os comportamentos se situam mais na linha dos conhecimentos, ou seja, ficam um pouco aquém do que seria esperado tendo em conta as atitudes.

Numa análise final, podemos verificar que os profissionais de saúde devem ser preparados para prestar cuidados a pessoas vítimas de situações extremas, como é o caso da MGF, despindo-se da indumentária redutoramente biomédica, dando lugar a uma abordagem holística, transcultural, onde a sensibilidade é o instrumento de trabalho por excelência.

Por outro lado, os profissionais de saúde não se devem agrilhoar às salas e gabinetes dos serviços onde trabalham, mas sim deixar que o seu campo de ação se exteriorize e as suas intervenções não só cheguem, mas envolvam as famílias e as comunidades onde estes problemas existem, para que em harmonia com todos os setores se consiga caminhar no sentido de travar esta tradição.

Assim, e como em qualquer outra questão de saúde, os profissionais devem intervir nos três níveis de prevenção. Na prevenção primária, tentando atuar ao nível dos fatores predisponentes para a realização da MGF, como nos casos que vimos, implementar medidas que permitissem dissuadir a grávida de submeter a sua filha a mutilação, empoderando-a, de forma a poder tomar decisões que condicionem de forma positiva a sua saúde, isto é uma intervenção focalizada na Promoção da Saúde. Na prevenção secundária, os profissionais devem estar preparados para prestar cuidados às meninas/mulheres vítimas de MGF e que agora sofrem as suas complicações. No âmbito da prevenção terciária, os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de ajudar estas meninas/mulheres a viver com MGF e todas as implicações que isso significa, tanto física como psicológica e socialmente.

Desta forma, a ação dos profissionais de saúde, Médicos e Enfermeiros, não se cinge à prestação de cuidados e ao tratamento das complicações específicas das mulheres vítimas de mutilação, tem um intuito mais amplo. Deve basear-se, antes, na promoção da saúde

destas mulheres, famílias e comunidades, onde a palavra de ordem se centra no empoderamento.

Este é um empoderamento pessoal, quando os profissionais de saúde abordam estas mulheres e lhes fornecem os conhecimentos necessários e as ferramentas que lhes permitirão tomar decisões responsáveis acerca da saúde. Por outro lado, um empoderamento social, já que os profissionais de saúde devem envolver as comunidades e mesmo os seus líderes, fornecendo-lhes, de igual forma, as estruturas necessárias para que possam trabalhar no sentido de adotar estilos de vida sócio-económico-culturais que fomentem o abandono de práticas nefastas como a MGF.

Os profissionais de saúde sendo, por excelência, quem melhor deve conhecer as complicações inerentes à MGF, devem ser motivadores de ações intersetoriais, fomentando a elaboração de políticas que desincentivem práticas como a MGF e que apelem a programas de saúde integrativos.

A nível institucional, torna-se basilar que se criem protocolos de atuação face a estas situações, no sentido de evitar a exposição desnecessária das vítimas de MGF, assim como de uniformizar as práticas profissionais e dar respostas mais eficientes e efetivas às situações.

8.3. RECOMENDAÇÕES

Dos resultados desta investigação brotam algumas necessidades em termos de formação e prestação de cuidados, para as quais propomos algumas recomendações:

- ✓ Incluir nos currículos de formação de base e especialidade a temática da Mutilação Genital Feminina, fundamentalmente no que respeita a epidemiologia, legislação aplicável e orientações técnicas;
- ✓ Elaborar ações de formação para profissionais, acerca da MGF, nos próprios serviços de saúde;
- ✓ Elaborar normas técnicas, com devida apreciação ética, de maneira a uniformizar as práticas no que respeita a estas questões;
- ✓ Declaração obrigatória pelos profissionais de saúde das situações de MGF observadas durante a prática clínica (ainda que seja discutível porque pode envolver problemas éticos);

- ✓ Fomentar ações intersetoriais de desenvolvimento de políticas que visem o abandono da MGF;
- ✓ Criação de programas de saúde integrativos, assentes na Promoção e Educação para a Saúde.

8.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de cumpridos os objetivos propostos e alcançados os resultados da investigação, parece pertinente, após avaliação dos mesmos fazer referência às limitações do estudo.

Desta forma, julgamos que a metodologia foi adequada para o tipo de estudo em questão, assim como o instrumento de colheita de dados. No entanto, fomos nos apercebendo que em algumas questões poderíamos ter conseguido mais alguma informação importante, facto que nos remete para uma revisão do questionário a fim de ser utilizado em futuras investigações. Da mesma forma, alguns conceitos não se encontravam totalmente claros no instrumento de colheita de dados, como por exemplo o piercing que pode adquirir um significado diferente no contexto da MGF, o que pode ter condicionado algumas respostas por parte dos profissionais.

Por outro lado, a amostra não é passível de ser representativa da população, circunscrevendo os resultados do estudo à realidade abrangida pelo mesmo. Assim, seria importante realizar novos estudos neste âmbito, no sentido de perceber quais os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de outros locais do país face à MGF.

Ainda relativamente à amostra, podemos dizer que talvez os resultados tivessem sido enriquecidos se optássemos por incluir também Enfermeiros dos Serviços de Ginecologia, já que nestes é reduzido o número de Especialistas quando comparado com Serviços de Obstetrícia. Numa próxima investigação, talvez seja importante ter este ponto em atenção, já que a probabilidade de encontrar mulheres vítimas de MGF num Serviço de Ginecologia pode ser elevada.

Em síntese, parece ser pertinente dar continuidade a este estudo, num âmbito mais alargado, tendo em consideração alguns aspetos metodológicos como sejam o instrumento de colheita de dados e a amostra a incluir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2003). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Amnesty International. (30 de September de 1997). *What is Female Genital Mutilation?* Obtido em 28 de January de 2013, de Web site de Amnesty International: <http://www.amnesty.org/fr/library/asset/ACT77/006/1997/fr/373c3381-e984-11dd-8224-a709898295f2/act770061997en.pdf>
- APF. (2009). *Mutilação Genital Feminina: Direitos Humanos de Mulheres e Crianças*. Obtido em 20 de Novembro de 2010, de Web site de Associação para o Planeamento da Família: <http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/folhas%20de%20dados/MGF2009.pdf>
- Aviso de 9 de Março. (1978). *Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948. Diário da República I Série. N° 57 (78-03-09), 489-493.*
- Batista, F. (2007). Vamos Dar Voz ao Silêncio. In C. Martingo, C. Furtado, C. Marcelino, C. Portilheiro, C. B. Lopes, F. Batista, . . . Y. Gonçalves, *Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos* (pp. 100-104). Lisboa: APF.
- Bedoya, M. H., & Kaplan, A. (2004). Las Mutilaciones Genitales Femeninas en España: Una Visión Antropológica, Demográfica y Jurídica. In J. Lucas, & J. Garcia Añón, *Evaluating the Impact of Existing Legislation in Europe with Regard to FGM*. Valencia: Spanish Report, Universitat de Valencia.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Center for Reproductive Rights . (11 de Dezembro de 2008). *Female Genital Mutilation (FGM): Legal Prohibitions Worldwide* . Obtido em 11 de Maio de 2012, de Web site de Center for Reproductive Rights: <http://reproductiverights.org/en/document/female-genital-mutilation-fgm-legal-prohibitions-worldwide>
- Dirie, W., & Miller, C. (1998). *Flor do Deserto*. Alfragide: ASA.
- Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (1999). Os Estudos de Tipo Descritivo. In M.-F. Fortin, *Processo de Investigação: da Concepção à Realização* (pp. 161-172). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- EO, A.-O., & OA, A. (Setembro de 2008). *The impact of health education on attitudes towards female genital mutilation (FGM) in a rural Nigerian community*. Obtido em 2012, de Web site de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18609348>

- Equipa da Campanha Europeia de Fim à MGF. (s.d.). *Fim à Mutilação Genital Feminina: uma estratégia para as instituições da União Europeia*. Brussels: END FGM - European Campaign.
- Fortin, M.-F. (1999). Métodos de Amostragem. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (1999). O Desenho de Investigação. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 131-145). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Métodos de Colheita de Dados. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Prud'homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (1999). Noções de Ética em Investigação. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 113-130). Loures: Lusociência.
- FORWARD. (19 de Setembro de 2012). *Female Genital Mutilation (FGM)*. Obtido de Web site de Foundation for Women's Health Research and Development: <http://www.forwarduk.org.uk/key-issues/fgm>
- Frade, A., & Gonçalves, Y. (2004). *Mutilação Genital Feminina*. Foz do Arelho: APF.
- Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. (2009). *Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: APF apoiada pelo Daphne - Euronet FGM.
- Harel, F. (1999). Análise Estatística dos Dados. In M.-F. Fortin, *Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 269-304). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Hil, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- HM Government. (2011). *Multi-Agency Practice Guidelines: Female Genital Mutilation*. Crown Copyright.
- IMAP. (Dezembro de 2007). Declaração do IMAP sobre a Eliminação da Mutilação Genital Feminina (MGF). *Boletim Médico da IPPF*, pp. 1-2.
- INE. (9 de Setembro de 2008). *População estrangeira com estatuto legal de residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Nacionalidade; Anual*. Obtido em 12 de Fevereiro de 2012, de Web site de Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001236&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (30 de Setembro de 2011). *População estrangeira com estatuto legal de residente segundo as principais nacionalidades*. Obtido em 21 de Dezembro de 2012, de Web site do Instituto Nacional de Estatística:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D145602097%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=1ZQGUdPdCJKHhQeP2IDICg&usg=AFQjCNHJTQ-ZT0IV1

Innocenti Research Centre - UNICEF. (2005). *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*. Florence: Alexia Lewnes.

International Organization for Migration. (s.d.). *Supporting the Abandonment of Female Genital Mutilation in the Context of Migration*. Geneva: IOM.

International Organization for Migration. (s.d.). *Supporting the Abandonment of Female Genital Mutilation in the Context of Migration*. Geneva: IOM.

Jäger, F., Schulze, S., & Hohlfeld, P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *SWISS MED WKLY*, pp. 259-264.

Kaplan, M. A., Torán, M. P., Moreno, N. J., Castany, F. M., & Muñoz, O. L. (Janeiro de 2009). *Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence*. Obtido em Outubro de 2012, de Site de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19146694>

Kaplan-Marcusán, A., Rio, N. F., Moreno-Navarro, J., Castany-Fàbregas, M. J., Noguera, M. R., Muñoz-Ortiz, L., . . . Torán-Monserrat, P. (13 de Abril de 2010). *Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families*. Obtido em Novembro de 2012, de Web site de BMC Public Health: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/193/>

Khady, & Cuny, M. T. (2005). *Mutilada*. Porto: ASA.

Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro. (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. *Diário da República I Série*. N.º 170 (07-09-04). 6181-6258.

Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. (1999). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*. *Diário da República I Série-A*. N.º 204 (99-09-01).

Leye, E. (2008). *Female Genital Mutilation: a study of health services and legislation in some countries of the European Union*. Ghent: International Centre for Reproductive Health.

Leye, E., & Momoh, C. (2005). Strategies For Female Genital Mutilation Prevention In Europe - The Situation of Female Genital Mutilation in Europe. *Entre Nous*, pp. 8-9.

Leye, E., & Sabbe, A. (2009). *Responding to Female Genital Mutilation in Europe: Striking the right balance between prosecution and prevention*. Ghent: ICRH - Ghent University.

- Leye, E., Powell, R. A., Nienhuis, G., Claeys, P., & Temmerman, M. (2006). Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. *Health Care for Women International*, pp. 362-378.
- Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y., & Temmerman, M. (2008). Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health*, 182-190.
- Lhbsu, L. A. (s.d.). *FEMALE GENITAL MUTILATION: A discussion on a cultural issue with multiple impacts exploring the effects of FGM in Eritrea, Africa, and the difficult obstetric challenges that the practice presents to midwives*. Obtido em 2012, de Web site de MIDWIVES: <http://www.rcm.org.uk/midwives/in-depth-papers/female-genital-mutilation/>
- Lopes, C. B. (2007). Mutilação Genital Feminina. In C. Martingo, C. Furtado, C. Marcelino, C. Portilheiro, C. B. Lopes, F. Batista, . . . Y. Gonçalves, *Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos* (pp. 105-116). Lisboa: APF.
- Lopes, N. A. (2007). O Meu Corpo é um Jardim e a Minha Vontade o seu Jardineiro. In C. Martingo, C. Furtado, C. Marcelino, C. Portilheiro, C. B. Lopes, F. Batista, . . . Y. Gonçalves, *Por Nascer Mulher... Um Outro Lado dos Direitos Humanos* (pp. 93-96). Lisboa: APF.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Marcelino, C. (2007). Mutilação Genital Feminina e Inclusão Social. In C. Martingo, C. Furtado, C. Marcelino, C. Portilheiro, C. B. Lopes, F. Batista, . . . Y. Gonçalves, *Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos* (pp. 117-121). Lisboa: APF.
- Marcusán, A. K., & Gay, A. L. (2010). *Mapa de la Mutilacion Genital Femenina en España 2009*. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- Martingo, C. (2009). *O Corte dos Genitais Femininos em Portugal: o Caso das Guineenses*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- MGF, E. d. (s.d.). *Fim à Mutilação Genital Feminina: uma estratégia para as instituições da União Europeia*. Brussels: END FGM - European Campaign.
- Moreira, C. F., & Correia, T. S. (2001). *Corpos Velados: Um Estudo Sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF)*. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social.
- Muriel, M. H., Anderson, K. B., Tricas, J. G., Marcusán, A. K., Bueno, C. M., Navarro, J. M., . . . Solé, M. X. (2004). *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona: Associació Catalana de Llevadoras.

- Obermeyer, C. M. (Setembro - Outubro de 2005). The Consequences of Female Circumcision for Health and Sexuality: An Update on the Evidence. *Culture, Health & Sexuality*, pp. 443-461.
- Oberreiter, J. A. (2008). *A Cut for a Lifetime. The case of Female Genital Mutilation among the community of Guinea Bissau in Lisbon*. Lisboa: Faculdade de Direito, Universidade Nova de Lisboa.
- OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, . . . OMS. (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Oliveira, A. G. (2009). *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação*. Lisboa: LIDEL.
- OMS. (21 de Novembro de 1986). *CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Obtido em 18 de Janeiro de 2011, de Web site de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- OMS. (5-9 de Abril de 1988). *RECOMENDAÇÕES DE ADELAIDE SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS: Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Obtido em 18 de Janeiro de 2011, de Web site de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- OMS. (21-25 de Julho de 1997). *Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI*. Obtido em 18 de Janeiro de 2011, de Web site de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- OMS. (s.d.). *Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde*. Lisboa: APF.
- OMS. (s.d.). *Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde*. Lisboa: APF.
- Onuh, S. O., Igberase, G. O., Umeora, J. O., Okogbenin, S. A., Otoide, V. O., & Gharoro, E. P. (Março de 2006). Female Genital Mutilation: Knowledge, Attitude and Practice among Nurses. *JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION*, 98, 409-414.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Evolução do número de Enfermeiros*. Obtido em 26 de Janeiro de 2013, de Web site de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Médicos. (2009). *Distribuição por Distritos, Concelhos, Idade e Sexo - 2009*. Obtido em 26 de Janeiro de 2013, de Web site de Ordem dos Médicos: https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=stats_medicos&type=2&ano=2009
- Orientação da Direção-Geral da Saúde 005/2012 de 6 de Fevereiro. (2012). *Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Parlamento Europeu. (2010). Luta Contra as Mutilações Genitais Femininas Praticadas na UE. *Jornal Oficial da União Europeia*, 52-59.
- Piedade, S. M. (Setembro de 2008). Mutilação Genital Feminina em Portugal. *Tese de Mestrado*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Poli Neto, P., & Caponi, S. (Set.-Dez. de 2007). The 'medicalization' of beauty. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 11, pp. 569-84.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª Edição ed.). Lisboa: Gradiva.
- Resolução da Assembleia da República n.º 4/2013 de 21 de Janeiro. (2013). Aprova a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, adotada em Istambul, a 11 de maio de 2011. *Diário da República I Série*. Nº 14 (13-01-21), 385-427.
- Santiago, E. (s.d.). *Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: INDE.
- Silva, M. C. (2007). A "Guerra" Contra Mutilação Genital Feminina (MGF) Danos Colaterais. In C. Martingo, C. Furtado, C. Marcelino, C. Portilheiro, C. B. Lopes, F. Batista, . . . Y. Gonçalves, *Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos* (pp. 16-24). Lisboa: APF.
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios* (2ª Edição ed.). Lisboa: Grupo LIDEL.
- The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists. (1997). *Female Genital Mutilation: Information for Australian health professionals*. The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Thierfelder, C. (2003). *FEMALE GENITAL MUTILATION AND THE SWISS HEALTH CARE SYSTEM*. Basel: Medizinischen Fakultät der Universität Basel.
- Tweeten, S. S., & Rickman, L. S. (1998). *Infectious Complications of Body Piercing*. Obtido em 27 de Novembro de 2012, de Web site de Oxford Journals: <http://cid.oxfordjournals.org/content/26/3/735.full.pdf+html?sid=cf4a8f8f-ef3d-4dbf-ae8-ac1cb0a9762c>
- UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, . . . MWIA. (2010). *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Geneva: World Health Organization.
- UNDP; UNFPA; WHO; World Bank . (2006). Female Genital Mutilation - new knowledge spurs optimism. *Progress*, pp. 1-8.
- UNFPA. (2007). *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting*. New York: UNFPA.

- UNICEF. (2005). *Female Genital Mutilation/Cuting: A Statistical Exploration*. New York: UNICEF.
- Vicente, L. F. (2007). Intervenções de Profissionais de Saúde a Mulheres sujeitas a Mutilação Genital Feminina (MGF)/Corte dos Genitais Femininos (CGF). In C. Martingo, C. Furtado, C. Marcelino, C. Portilheiro, C. B. Lopes, F. Batista, . . . Y. Gonçalves, *Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos* (pp. 81-92). Lisboa: APF.
- Whitehorn, J., Ayonrinde, O., & Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, pp. 161-170.
- WHO. (1998). *Female Genital Mutilation: An Overview*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008). *Classification of female genital mutilation*. Obtido em 3 de Dezembro de 2011, de Web site de World Health Organization: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/index.html>
- WHO. (2011). *Female Genital Mutilation*. Obtido em 3 de Dezembro de 2011, de Web site de World Health Organization: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/en/
- WHO. (2011). *Female genital mutilation and other harmful practices*. Obtido em 3 de Dezembro de 2011, de Web site de World Health Organization: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html>
- WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. (2006). Female Genital Mutilation and Obstetric outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Sx African Countries. *The Lancet*, 1835-1841.
- World Bank; UNFPA. (2004). *Female Genital Mutilation/Cuting in Somalia*. World Bank; UNFPA.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Quadro 3 - Análise das diferenças entre profissionais relativamente ao género

Quadro 3 – Análise das diferenças entre profissionais relativamente ao género (n=138)				
Sexo		Profissão		Total
		Médico(a)	Enfermeiro(a)	
Masculino	Observado	9	3	12
	Resíduos ajustados	4,3	-4,3	
Feminino	Observado	24	101	125
	Resíduos ajustados	-4,3	4,3	
Total	Observado	33	104	137

APÊNDICE B

Instrumento de Colheita de dados – Questionário

Exmo.(a) Sr.(a):

O questionário que lhe pedimos que responda destina-se a um estudo para conhecer atitudes e práticas profissionais no âmbito da Mutilação Genital Feminina, estando subjacente ao Curso de Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde, da Escola Superior de Educação e da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Este questionário¹, dirigido exclusivamente a médicos(as) especialistas em Obstetrícia e Ginecologia e a enfermeiros(as) especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, é composto por perguntas abertas e fechadas, onde deverá escrever ou assinalar a resposta que melhor se adequa à sua situação.

Pedimos-lhe que leia cada uma das questões e se certifique que respondeu a todas.

As suas respostas serão exclusivamente utilizadas para efeito do presente estudo, assegurando-se a confidencialidade das informações prestadas. Caso pretenda, pode ser informado(a) dos resultados, solicitando, para tal, a informação à pessoa que lhe entregou o questionário.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

1 – Profissão?

Médico(a)

Enfermeiro(a)

2 – Ano em que terminou a especialidade? _____

3 – Em que hospital exerce a profissão?

CHVNG

Centro Hospitalar de S. João

CHP

Hospital de Braga

4 – Idade? _____ anos

5 – Sexo?

Masculino

Feminino

As questões a seguir referem-se a alguns aspetos relacionados com a Mutilação Genital Feminina.

1 – A Mutilação Genital Feminina fez parte da minha formação académica de base?

Sim

Não

2 - A Mutilação Genital Feminina fez parte da minha formação académica de especialidade?

Sim Não

3 - A Comissão de Ética da instituição promulgou regulamento ou pronunciou-se sobre Mutilação Genital Feminina?

Sim Não

Está em preparação Não sei

4 - Em Portugal existe uma lei que condena a Mutilação Genital Feminina?

Sim Não (passe à questão 6)

Não sei (passe à questão 6)

5 - O que pune a lei? (Pode assinalar mais do que uma opção.)

Todas as formas de Mutilação Genital Feminina.

Todas as formas de Mutilação Genital Feminina, exceto tatuagens e piercings.

Todas as formas de Mutilação Genital Feminina, incluindo a reinfibulação.

Todas as formas de Mutilação Genital Feminina e meios que a mulher consinta.

Todas as formas de Mutilação Genital Feminina, exceto se a mulher for menor de idade.

Todas as formas de Mutilação Genital Feminina que não sejam executadas por um médico.

6 - Já prestou cuidados/tratou alguma jovem ou mulher excisada?

Sim Não (passe à questão 14)

7

a) A quantas destas pacientes prestou cuidados/tratou nos últimos 12 meses, na consulta?

_____ Pacientes

b) Já se deparou, ainda que acidentalmente, com uma Mutilação Genital Feminina durante um exame ginecológico ?

Sim Não

c) No caso de já ter sido contactado por problemas resultantes de uma Mutilação Genital Feminina, quais foram os problemas com que se deparou (pode assinalar mais que uma opção):

- Fístula
- Dor crónica
- Infeções urinárias recidivantes
- Complicações agudas decorrentes de Mutilação Genital recente
- Problemas sexuais
- Outras: _____

d) O que fez nesse caso?

- Resolvi o problema
- Orientei para outro profissional
- Não sei

8 – Com que tipo de Mutilação Genital Feminina já se deparou? (Pode assinalar mais que uma opção)

- Tipo I (remoção total ou parcial do clítoris e/ou prepúcio)
- Tipo II (excisão total ou parcial do clítoris e pequenos lábios e/ou grandes lábios)
- Tipo III (estreitamento do orifício vaginal e criação de uma membrana selante com os pequenos e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris)
- Tipo IV (qualquer agressão à genitália feminina por razões não médicas)

9 - No caso de ter visto uma paciente com infibulação (MGF de Tipo III):

a) Foi consultado(a) para uma defibulação?

Sim Não

b) Se sim, fê-lo?

Sim Não

c) Já lhe foi pedido para fazer uma reinfibulação após um parto?

Sim Não

d) Se sim, fê-lo?

Sim

Não

(passe à questão 12)

e) Se já fez uma reinfibulação, o que fez?

Suturar para manter a mesma situação que antes do parto.

Suturar, deixando um orifício maior.

Suturar como uma sutura normal para episiotomia.

Outro: _____

10 - Que idade tinham essas mulheres?

_____ Anos

Não sei

11 - De que país(es) eram originárias?

Desconheço

12 - No caso de ter sido confrontado(a) com uma menina/mulher com Mutilação Genital Feminina, procurou saber mais sobre o assunto?

Não

Sim

Se sim, o quê? _____

13 - No caso de ter sido confrontada com uma grávida com Mutilação Genital Feminina, empreendeu ações para preservar a mulher e a criança de futuras Mutilações?

Não

Sim

Se sim, o que fez? _____

Se não, porque não o fez? _____

14 - Alguma vez foi solicitado(a) para fazer uma Mutilação Genital Feminina?

Sim

Não

a) Se sim, fê-lo?

Sim

Não

b) Se sim, de que forma o fez? _____

15 - Alguma vez foi abordado(a) para saber se era possível fazer uma Mutilação Genital Feminina em Portugal ?

Sim Não

16 - Sabe se é praticada a Mutilação Genital Feminina em Portugal?

Sim Não

Relativamente às questões abaixo, refira o seu grau de concordância.

17 - O que é para si a Mutilação Genital Feminina?

	Não concordo	Concordo pouco	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo completamente
1 – Uma violação dos direitos do Homem.					
2 – Uma forma de violência contra as mulheres.					
3 – Uma tradição cultural pela qual não podemos fazer nada.					
4 – Um preceito religioso que é necessário respeitar.					
5 – Uma intervenção cirúrgica.					
6 – A reinfibulação é uma forma de Mutilação GF.					
7 – O piercing genital é uma forma de MGF.					
8 – A cirurgia estética vaginal é uma forma de MGF.					
9 – A prática de uma incisão simbólica é uma alternativa à MGF.					
10 – A MGF por profissionais de saúde, para prevenir complicações, é uma estratégia para os pais pobres.					
11 – Episioplastia e reinfibulação são diferentes.					
12 – Outra _____					

18

a) Se após um parto uma mulher infibulada lhe pedir para ser novamente mantida como antes do parto, o que fará?

	Não concordo	Concordo pouco	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo completamente
1 – Explico-lhe que a reinfibulação é contrária à lei.					
2 – Explico-lhe porque não o quero fazer.					
3 – Executo o pedido da mulher.					

b) Qual seria a sua intervenção :

	Não concordo	Concordo pouco	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo completamente
1 – Suturar para retornar à situação anterior ao parto.					
2 – Suturar deixando uma abertura maior.					
3 – Fazer uma episiorrafia normal.					
Outra _____					

19 – Em que domínios desejaria ter mais informação sobre MGF? (Pode assinalar mais do que uma opção)

Quadro legal português sobre a MGF.

Orientações técnicas sobre a gestão clínica do acompanhamento da MGF.

Regras de conduta sobre questões éticas e legais relativas à MGF.

Outra: _____

Nenhuma

Muito obrigada pela colaboração,

Martinha Silva.

ⁱ Adaptado do questionário de Leye et. al. (2008), desenvolvido no International Centre for Reproductive Health (ICRH) - Ghent University em colaboração com o International Centre for Research on Criminal Policy (IRCP) e o University Hospital of Antwerp.

ANEXOS

ANEXO I

Autorizações para a Realização do Estudo

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

17. fev. 2012

20 / 2 / 2012

Tomei conhecimento.
Kacelo a opw.

Do Centro de Investigações

14.02.2012

Mille

P. Brito

(COORD. CENTRO INVESTIGAÇÃO)

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Centro Hospitalar de

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 23 FEV. 2012
(Presidente do Conselho de Administração)

[Signature]
Administrador Executivo

[Signature]
Diretora Clínica

[Signature]
Enfermeira Eulália Portale

[Signature]
Dr. João Lopes

[Signature]
Dra. Margarida Tavares

*C/ b C.A.T.
P. Brito
20.2.2012*

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de

Projecto de Investigação: "Mutilação genital feminina: um desafio para os cuidados de saúde"

Investigadora Principal: Enf.ª Martinha de Jesus Correia da Silva

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 13 de Fevereiro de 2012

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Pedro Brito

Dr. Pedro Brito

Exm.ª Sr.ª

Enf.ª Martinha de Jesus Correia da Silva

R. da Japoneira, 8 – Palmeira

4700-708 BRAGA

ASSUNTO: Trabalho Académico – Mestrado: “Mutilação genital feminina: um desafio para os cuidados de saúde” - N/ REF.ª 140/12(110-DEFI/100-CES)

O Conselho de Administração ... **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Departamento da Mulher, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Martinha de Jesus Correia da Silva. O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação ..., bem como pela Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

Autorizado

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

8/8/2012

Dr. SOLLARI ALLEGRO

Dr.ª ÉLIA GOMES

Presidente

Vogal Executiva

Dr. PAULO BARBOSA

Dr. PORTO GOMES

Director Clínico

Vogal Executivo

Enf.ª EDUARDO ALVES

Enfermeiro Director

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

Exma. Sr.ª

006302 24-MAI '12

Dr.ª Martinha de Jesus Correia da Silva
Mestranda em *Promoção e Educação para a Saúde*
Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Rua D. Moisés Alves de Pinho
4900-314 Viana do Castelo

V/ Referência	Data	N/ Referência	Data
		219/2012	

Assunto: *Resposta a pedido de autorização para a Colheita de dados junto de Enfermeiros e Médicos especialistas em saúde Materna e Obstetria*

Informo V.ª Ex.ª que o pedido para a colheita de dados junto de Enfermeiros e Médicos especialistas em saúde Materna e Obstetria no âmbito da tese de mestrado "**Mutilação Genital Feminina: um desafio para os cuidados de saúde**", conforme deliberação do Sr. Director Clínico, está **autorizado** salvaguardando-se a não interferência com o normal funcionamento dos Serviços, nomeadamente o tempo retirado aos profissionais.

Com os melhores cumprimentos,

, 24 de Maio de 2012



02415 7 MAR 2012

N/ Referência: 14/CE-2012

Exma. Sra. Dra. Martinha de Jesus Correia Silva
Rua da Japoneira, n.º 8 - Palmeira
4700-708 Braga

V/ Referência:

C/C:

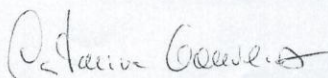
ASSUNTO Pedido de autorização para realização de estudo

Exma. Sra. Dra.

Em resposta ao V/pedido de investigação mencionado em epígrafe, cumpre-me comunicar que o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos

A Administradora Executiva



Catarina Gouveia

ANEXO II

Autorização para Utilização do Questionário

From: martinha silva [mailto:martinhasilva704@hotmail.com]
Sent: donderdag 7 juli 2011 0:30
To: els.leye@ugent.be
Subject: Female Genital Mutilation's study

Dr. Els Leye,

I'm a portuguese nurse and I want to develop a Female Genital Mutilation's study, based on professionals' knowledges, attitudes and behaviours, to obtain the master degree.

I know that you are an expert in this area, so this is the reason I'm contacting you.

Would it be possible for you to provide me the questionnaire you use in your study "Female Genital Mutilation - a study of health services and legislation in some countries of the European Union"?

Do you give me the consent to translate it and use it in my research in Portugal?

If not, can you give me some guidance on the material you used?

Thank you and best regards,

Martinha Silva.

Mensagem de Impressão do Hotmail

Page 1 of 2

RE: Female Genital Mutilation's study

De: **Els Leye** (els.leye@ugent.be)
Enviada: terça-feira, 12 de Julho de 2011 08:24:54
Para: 'martinha silva' (martinhasilva704@hotmail.com)

Dear Ms Silva,

Thank you for your interest in our studies. I'm not sure which questionnaire you would like to use, as the publication you refer to is my PhD thesis. This thesis contains a number of publications, and several questionnaires were used to produce the papers.

Our policy is that we can share questionnaires, on the condition that we can be co-author on your paper that will result of your survey. Would that be feasible for you?

Please do not hesitate to contact me should you need more information,

Yours truly,

Els Leye