



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

Mestrado Integrado em Medicina

Trabalho Final

MARIANA FRANCISCA PINÇÃO CARDOSO

Mutilação Genital Feminina

Artigo de Revisão

Área científica de Ginecologia

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA MARIA MARGARIDA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO DIAS

DOUTORA JOANA FILIPA CORREIA DE OLIVEIRA

Dezembro 2019

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Mutilação Genital Feminina

Artigo de Revisão

Área científica de Ginecologia

MARIANA FRANCISCA PINÇÃO CARDOSO

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA MARIA MARGARIDA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO DIAS

E-mail: marg.fig.dias@gmail.com | mfdias@fmed.uc.pt

DOUTORA JOANA FILIPA CORREIA DE OLIVEIRA

Índice

I. Resumo.....	3
II. Abstract.....	4
III. Introdução	5
IV. Abreviaturas	6
V. Métodos	7
VI. Definição e Classificação	8
VII. Onde é realizada? E porquê?.....	11
VIII. Os riscos e consequências para a mulher	14
A. Riscos para a saúde a curto-prazo:	14
B. Riscos para a saúde a longo-prazo:.....	15
C. Riscos Obstétricos:.....	17
D. Riscos Sexuais:	20
E. Riscos Psicológicos:	24
F. Riscos Económicos:	26
IX. O tratamento das complicações	29
G. O Papel dos Profissionais de Saúde.....	32
X. MGF e Direitos Humanos	34
XI. Erradicação e legislação	36
XII. Em Portugal	40
XIII. Conclusão	41
XIV. Agradecimentos	42
XV. Bibliografia	43

I. Resumo

A Mutilação Genital Feminina (MGF) consiste na remoção total ou parcial dos órgãos genitais externos femininos, ou quaisquer danos infligidos aos mesmos, por motivos não médicos e sem qualquer benefício para a mulher. Acarreta vários riscos para a sua saúde, a curto e longo prazo, a nível ginecológico, obstétrico, psicológico e sexual. Afeta, também, o seu bem-estar a nível social e económico. Constitui uma violação de vários direitos humanos, pelo que é considerada um crime em múltiplos países. Apesar disso, a sua prática parece continuar, principalmente em países africanos e do Médio Oriente, levando a que mais de 200 milhões de mulheres já tenham sido submetidas a este procedimento e que cerca de 3 milhões estejam em risco de o ser a cada ano. As razões para a sua prática são variadas, incluindo motivos religiosos, tradições, crença de potenciais benefícios para a saúde, requisito para o casamento, purificação da mulher ou satisfação sexual do marido, mas principalmente pressão social e a necessidade de aceitação por parte de determinadas comunidades. Baseadas nestes fatores, as agências internacionais, em colaboração com governos e organizações não governamentais, têm criado programas e estratégias de erradicação, que incluem educação das populações para a saúde da mulher e o empoderamento feminino, alterações legislativas e cooperação com organizações e intervenientes locais. No entanto, estão implementados de forma inconsistente entre países, pelo que é necessário avaliar o seu impacto para que se possa acelerar o processo de erradicação da MGF. Também os profissionais de saúde têm um papel fundamental na prevenção e eliminação da prática, pelo que é importante a sua educação em relação a este tema.

Palavras-chave: mutilação, circuncisão, genital, feminina, riscos, complicações, erradicação, direitos humanos.

II. Abstract

Female genital mutilation (FGM) is the total or partial removal of the external female genitalia, or any other injury to the female genital organs, for non-medical reasons, carrying no benefits for women. It results in several health risks, in the short or long term, on gynecological, obstetric, psychological and sexual levels. It also affects women's social and economic well-being. It's considered a violation of human rights, therefore it's criminalized in multiple countries. Nevertheless, its practice seems to continue, especially in African and Middle Eastern countries, leading today to more than 200 million women who have undergone this procedure, and 3 million more at risk every year. There are multiple reasons for its practice, which include religion, traditions, the belief of potential health benefits, marriageability, woman's purification, sexual satisfaction of the husband, but mostly social pressure and the need for acceptance in the community. Based on these factors, international agencies, in collaboration with governments and non-governmental organizations, have created programs and strategies for FGM eradication, which include education for women's health and empowerment, changes in legislation and cooperation with local organizations and stakeholders. These programs are now implemented, although inconsistently, across countries, which makes it now necessary to proceed to the evaluation of their impact, in order to accelerate the eradication of FGM. Health professionals also have a fundamental role in preventing and eliminating the practice, which is why it is important to educate them on this subject.

Key words: female, genital, mutilation, circumcision, cutting, risks, complications, eradication, human rights.

III. Introdução

A MGF é uma prática antiga, com raízes culturais fortes em múltiplos países, a maioria em África e no Médio Oriente.¹ Sem oferecer qualquer benefício evidente para a mulher, mas apenas riscos para a sua saúde e bem-estar,² este procedimento é mais uma manifestação profundamente enraizada de desigualdade e de ausência de autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo.¹ A MGF prejudica a participação devida das mulheres em sociedade, contribuindo para o atraso de desenvolvimento e enriquecimento das comunidades e, conseqüentemente, dos países em que é praticada.^{3,4} É, portanto, um problema, não só para mulheres e raparigas, mas para toda a Humanidade, pelo que a sua erradicação é urgente.

Em Portugal, a par de outros países desenvolvidos, a prevalência de mulheres submetidas a MGF é baixa.¹ O tema surge, esporadicamente e de forma superficial nos meios de comunicação social, pelo que a sociedade civil desconhece, geralmente, o seu contexto, as suas origens e conseqüências. O mesmo acontece com os prestadores de cuidados de saúde e outros agentes importantes na manutenção de qualidade de vida e bem-estar da população. A informação disponibilizada durante a formação académica, incluindo a formação de profissionais de saúde, é escassa e não permite aos mesmos saber como intervir no caso de contactarem com uma paciente submetida a MGF.⁵

Contudo, o crescente fenómeno de globalização e migração dos povos justificam uma alteração deste paradigma, não só porque existem imigrantes com MGF em Portugal,⁶ mas porque o impacto deste fenómeno no desenvolvimento de certos países tem conseqüências no desenvolvimento a nível global.

Assim, este trabalho surge da relevância crescente em aprofundar o conhecimento acerca da MGF. Através da reunião, revisão e resumo da literatura disponível até ao momento, pretende-se estudar esta prática, as suas conseqüências e entender de que forma os profissionais de saúde podem intervir, quer no tratamento das pacientes, quer na prevenção e eliminação da MGF.

IV. Abreviaturas

DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

FSFI: *Female Sexual Function Index*

IDS: Índice de Desejo Sexual

MGF: Mutilação Genital Feminina

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONG: Organização não governamental

ONU: Organização das Nações Unidas

PSPT: Perturbação de Stress Pós-Traumático

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

V. Métodos

Este trabalho pretende ser uma revisão narrativa da literatura disponível acerca da MGF, englobando os principais tópicos deste tema: nomenclatura, tipologia, epidemiologia, consequências, direitos humanos, tratamento, erradicação e legislação. Para a recolha de artigos, foram consultadas as bases de dados PubMed, SAGE Journals e Web of Science. Na pesquisa, realizada entre 20 de julho e 5 de dezembro, foram utilizados os termos “female genital mutilation OR circuncision”, sem recurso a palavras-chave ou termos MeSH adicionais.

Na pesquisa da literatura, foram selecionados estudos escritos em inglês, francês ou português, publicados nos últimos 10 anos (de janeiro de 2009 a novembro de 2019). No entanto, foram também incluídas outras publicações anteriores a este período, por serem consideradas atuais e relevantes para este trabalho. Foi dada primazia a revisões sistemáticas, meta-análises, artigos clássicos, ensaios clínicos controlados e randomizados e *guidelines*.

Adicionalmente, foram ainda recolhidas publicações nas bases de dados online de instituições e organizações com intervenção na MGF.

A posterior seleção dos estudos foi feita através da análise de cada artigo em si, do título, resumo, objetivos do estudo e resultados de interesse do mesmo. Os critérios de exclusão incluíram:

- Artigos duplicados/repetidos;
- Artigos sem disponibilização do texto completo;
- Artigos com referências à MGF, mas que não se focavam neste tema, ou cujos objetivos não tinham relevância para este trabalho;
- Artigos cuja informação se encontrava desatualizada e cujas atualizações estavam presentes em artigos mais recentes.

Com base nestes critérios, foram selecionadas 76 publicações, que constituem a base literária deste trabalho.

VI. Definição e Classificação

A OMS define MGF como qualquer procedimento que envolva a remoção total ou parcial dos órgãos genitais externos femininos, ou quaisquer danos infligidos aos mesmos, por motivos não médicos.⁷⁻⁹ Este procedimento é feito de forma intencional e sem qualquer benefício para as mulheres. Atualmente, de acordo com a Classificação Modificada da OMS (2007), são considerados quatro tipos diferentes de MGF (Fig.1), de acordo com a extensão da cirurgia e o tecido genital lesado/removido (Tabela1).⁷⁻⁹

Tabela 1: Classificação dos Tipos de MGF ^{7,9,10}	
Tipo I	Remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio (clitoridectomia). São propostas duas subdivisões: Tipo Ia (remoção apenas do prepúcio); Tipo Ib (remoção do clitóris e prepúcio).
Tipo II	Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios. São propostas três subdivisões: Tipo IIa (remoção apenas dos pequenos lábios); Tipo IIb (remoção parcial ou total do clítoris e pequenos lábios); Tipo IIc (remoção parcial ou total do clitóris, pequenos e grandes lábios).
Tipo III	Estreitamento do orifício vaginal através de uma membrana selante, criada a partir do corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris. É também denominada de infibulação. São propostas duas subdivisões: Tipo IIIa (remoção e aposição dos pequenos lábios); Tipo IIIb (remoção e aposição dos grandes lábios).
Tipo IV	Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção, perfuração, incisão /corte, escarificação e cauterização (destruição do tecido por queimadura com um ferro quente). Também aqui se incluem a introdução de substâncias nocivas e ervas no interior da vagina. ¹¹

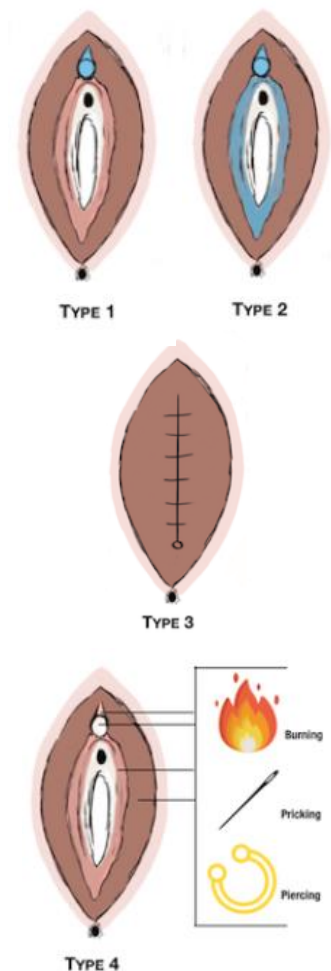


Figura 1. Ilustrações dos Tipos I, II, III e IV de MGF. Adaptado de *National FGM Centre*. Disponível em: <http://nationalfgmcentre.org.uk/fgm/> (consultado a 08/12/2019).

É importante realçar que a “remoção total do clitóris”, referida nos Tipos I e II, não se refere à remoção do órgão na sua totalidade, apenas de uma parte: a glande. Os corpos cavernosos constituem, também, parte do clitóris, sendo cobertos pelos músculos ísquio-cavernosos, sob a epiderme (Fig.2). Os Tipos II e III podem envolver a excisão dos pequenos ou grandes lábios, no entanto, os corpos cavernosos permanecem intactos. De forma a clarificar esta terminologia, alguns estudos propõem que a classificação da OMS seja revista.^{12,13}



Figura 2. O clitóris é composto pela glande (a única porção visível e externa, coberta pelo prepúcio), o corpo (ligado à sínfise púbica pelo ligamento suspensor do clitóris) e a crura (formada por duas raízes profundas, os corpos cavernosos).⁶ A glande está unida anteriormente aos bulbos vestibulares, órgãos pares de tecido erétil, localizados sob os pequenos lábios, e em contacto com as glândulas vestibulares. Adaptado de: Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, et al. (2016).⁶

Os critérios que permitem a definição de MGF baseiam-se nos diversos tratados de Direitos Humanos, incluindo os direitos à saúde e à não discriminação baseada no sexo. Como tal, cirurgias estéticas ou reconstrução dos genitais externos, realizadas com total consentimento da mulher, ainda que sem motivos médicos, não são consideradas formas de MGF.^{7,14}

Na maioria dos países, o procedimento é conduzido por um circuncisador ou excisador tradicional, geralmente do sexo feminino, com um papel central e influente na comunidade. Este utiliza uma variedade de ferramentas ou instrumentos, incluindo lâminas de barbear e facas, sem recorrer a analgesia.¹⁰ Porém, como será referido adiante, existe, atualmente, um crescimento da medicalização da MGF,¹⁰ pelo que 18% de todos os procedimentos é levado a cabo por profissionais de saúde, com instrumentos hospitalares e recurso a anestesia.¹⁰

A terminologia sofreu alterações ao longo dos anos. Inicialmente, era usada a expressão “circuncisão feminina”. Contudo, esta motivava confusão com a expressão “circuncisão masculina”, que constitui um procedimento com execução, objetivos e indicações bastante diferentes, pelo que o termo “circuncisão” foi substituído por “mutilação”, oficialmente, em 1991, segundo recomendação da OMS.⁷ Esta alteração pretende distinguir ambas as práticas e, sobretudo, enfatizar a gravidade e os danos subjacentes à MGF, reforçar a violação de direitos humanos que esta constitui e promover a sua erradicação.⁷ Os termos “corte” ou “circuncisão” são ainda utilizados em ações de intervenção junto das comunidades praticantes, por se ter observado que a conotação negativa e julgadora da palavra “mutilação” as afastava e impedia a comunicação com as mesmas, aspeto essencial nas campanhas de erradicação.⁷ Como tal, atualmente, a UNICEF utiliza o termo “MGF/Corte” e as agências da ONU utilizam “MGF”.⁷

VII. Onde é realizada? E porquê?

É estimado que cerca de 200 milhões de raparigas e mulheres tenham sido submetidas a MGF (mais de metade na Etiópia, Egípto e Indonésia¹), e que mais de 3 milhões corram o risco de o ser, a cada ano.^{15,16}

A MGF é praticada em mais de 30 países em África e em alguns países no Médio Oriente e na Ásia.¹ Países com a maior prevalência incluem o Egípto, Etiópia, Mali, Guiné, Serra Leoa, Djibouti e Somália (acima de 90%).^{7,17} Contudo, a prevalência dentro dos países sofre grandes variações, dependendo da idade, educação, religião, etnia, meio rural/urbano e património.^{7,17}

Graças à globalização, também países ocidentais têm registos desta prática, essencialmente por comunidades imigrantes,¹⁵ principalmente no Reino Unido, Austrália, Suíça, Suécia, França, Canadá, Nova Zelândia e Noruega. Estima-se que, na Europa, 500 000 raparigas vivam com MGF e que outras 180 000 estejam em risco de ser submetidas a este procedimento.¹⁸ Porém, acredita-se que a maioria tenha sido mutilada nos seus países de origem, antes de emigrar.^{2,19} E, por vezes, as raparigas viajam propositadamente ao país de origem com esse objetivo.²

Apesar de a prevalência de MGF estar em declínio globalmente e dos esforços para que tal continue, o número de raparigas submetidas continua a aumentar, essencialmente devido ao grande crescimento populacional dos povos onde a prática é comum.^{1,8,20,21}

Globalmente, estima-se que o Tipo II seja o mais frequentemente praticado, representando cerca de 80% de todos os casos.^{2,17} O Tipo III representa cerca de 10%, mas é o mais comum em alguns países, entre os quais a Somália e o norte do Sudão.²

Na maioria dos países, grande parte das raparigas são mutiladas antes de completar 5 anos.¹ No entanto, podem sê-lo desde a primeira semana de vida¹ até à idade adulta. De acordo com os estudos realizados até ao momento, é possível resumir os principais motivos que levam à continuação desta prática da seguinte forma: convenção social, tradição/cultura, religião, oportunidade de casar, diminuição da libido feminina, satisfação do marido e proteção da virgindade.^{2,17}

A justificação base prende-se com o objetivo de diminuir o desejo e prazer sexuais através da remoção de tecido erógeno e impedir relações sexuais (no caso da infibulação, pelo medo de reabrir a sutura). Desta forma, preserva-se a sua virgindade até ao casamento e, depois deste, mantém-se a sua fidelidade.^{10,22} É, aliás, um pré-requisito para o casamento,

em determinadas comunidades.^{2,7,10} Ser circuncisada torna-se, assim, um sinal de pureza, moralidade e honra.

É igualmente considerada uma parte integral do processo de aquisição da identidade feminina. Na Somália, por exemplo, acredita-se que os genitais são, à nascença, ambíguos quanto ao sexo, mantendo elementos femininos e masculinos. Como tal, é essencial a excisão da parte “masculina”, um processo de feminização.^{2,7,10} Algumas comunidades acreditam, ainda, que os genitais externos da mulher são “sujos” desde o nascimento e que a MGF é um passo essencial para a higienização dos mesmos.^{2,10}

Tem, também, cariz social: as raparigas submetidas à prática recebem elogios, admiração e até presentes, após serem mutiladas. Por outro lado, as que não passam por este processo são humilhadas, discriminadas e não aceites na comunidade. A probabilidade de encontrar um marido decresce e o estatuto social da família é perdido.^{2,7} A sua sobrevivência económica será dificultada, pois na maioria dos países onde tal acontece, a única “carreira”/profissão disponível para a mulher é o papel de esposa e mãe, financeiramente dependente do marido. A MGF é, assim, essencial para adquirir estatuto social, o que incentiva fortemente a que continue a ser praticada.^{2,7}

Também a religião é citada como uma das razões para continuar a prática. Embora seja praticada no seio de Cristãos, Judeus e Muçulmanos, nenhuma destas religiões refere a realização de MGF nos seus textos sagrados.^{7,10} Dentro do Islamismo, porém, alguns líderes religiosos encaram-na como recomendação ou mesmo obrigatória, nomeadamente na *Shafi*, uma das escolas de Direito do Islamismo. No entanto, em cada país, a interpretação e manifestação das indicações de *Shafi* são feitas de forma distinta, de acordo com outros fatores sociais e culturais do próprio país. Por exemplo, a Palestina, a Síria e a Somália são países que aderem a *Shafi*, no entanto, a MGF é uma prática universal apenas neste último.²

Outros motivos incluem o aumento do prazer masculino, que se acredita ser superior quando há infibulação da mulher, devido ao estreitamento da abertura vaginal. O controlo social da mulher, a sua higiene e saúde são também referidas pelas comunidades que perpetuam a prática.²

Em comunidades emigrantes em países ocidentais, as razões são semelhantes às acima referidas. Um estudo realizado no Sudão concluiu que, de modo geral, a mudança para um país ocidental (Suíça) influenciou de forma significativa a perspetiva e posição dos sudaneses relativamente à MGF. Quando questionados quanto aos motivos que levavam ao abandono da MGF, estes referiram, de forma global, o conhecimento adquirido quanto aos efeitos negativos, a falta de evidência nos textos religiosos, experiências pessoais negativas,

a Lei do país de acolhimento, entre outros.² No entanto, esta mudança de atitude ocorreu de forma heterogénea, uma vez que o facto de os sudaneses emigrarem em grupos levava a que sofressem a mesma pressão social que teriam no país de origem.¹⁵

A reunião de todos os fatores supracitados culmina naquela que é a principal razão da continuação da MGF: existir como convenção social.⁷ De acordo com os dados obtidos relativos a países africanos, há uma percentagem significativa de mulheres que se opõe à MGF, mas continua a perpetuá-la.¹⁷ A expectativa, por parte da família, dos futuros maridos e da sociedade em geral de que as raparigas sejam submetidas a MGF é demasiado forte. A pressão social e a ausência de poder das mulheres nestes países tornam irrelevante a sua vontade e opinião na decisão de submeter as suas filhas à prática. No que toca à MGF, a mudança de atitude não conduz necessariamente a uma mudança de comportamento. E isto constitui o maior desafio para quem trabalha na sua erradicação.¹⁷

VIII. Os riscos e consequências para a mulher

A MGF associa-se a diversos riscos que afetam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres que são submetidas a esta prática, o que realça inequivocamente a sua ilegitimidade numa perspetiva de direitos humanos. Existe um grande risco de complicações a curto e a longo prazo, geralmente com um prognóstico tão mais grave quanto mais severo o tipo de mutilação realizado.²

A. Riscos para a saúde a curto-prazo:

Em 2014, foi conduzido um estudo de revisão e meta-análise das 185 publicações que abordavam os riscos e consequências da MGF nas mulheres provenientes de 42 países em que há registo da prática, entre 1927 e 2011.²³ As principais consequências médicas imediatas reportadas foram: hemorragia, choque, inflamação, febre, infeções, problemas de cicatrização e retenção urinária.²³ A maioria das mulheres tinham sofrido duas ou mais destas complicações.²³ O Tipo III é o que apresenta o maior risco de complicações imediatas, mas entre os restantes, a diferença do risco não era significativa, pelo que, mesmo nos Tipos I e IV, geralmente de menor extensão anatómica, estas estão presentes.²³

- Dor severa: A incisão de tecido genital sensível, com terminações nervosas, causa dor severa. Adicionalmente, é realizada, na sua maioria, sem recurso a métodos anestésicos e o período de recuperação é, também, doloroso e prolongado. Quando se trata de MGF Tipo III, a forma mais severa e extensiva, a intensidade e duração da dor são também maiores.
- Hemorragia intensa: Resulta da perfuração das artérias do clitóris, da artéria pudenda interna ou de outro vaso, durante o procedimento.
- Choque: Pode ser causado pela dor, infeção ou hemorragia.
- Infeções: Na maioria dos casos de MGF, são utilizados instrumentos contaminados/não esterilizados, num ambiente sem condições de higiene ou de assepsia.²³ Por vezes, o mesmo instrumento é utilizado na mutilação genital de diversas meninas.²³ Para além disso, é levado a cabo por um praticante local, tradicional, com pouco ou nenhum conhecimento médico e da anatomia e fisiologia femininas.²³

- Problemas do trato urinário: Incluem retenção urinária e/ou disúria. Devem-se a inflamação, à dor provocada diretamente pelo procedimento, ao atingimento da uretra, à irritação dos tecidos lesados pela urina, à obstrução do meato urinário externo por coágulos de sangue ou mesmo pela sutura do meato urinário aquando da infibulação.²⁴
- Dificuldades na cicatrização da ferida: causa dor, infeções e outras complicações.
- Morte: É dedutível que, quando complicações como hemorragias, infeções e choque assumem um grau de gravidade que impede a resposta a qualquer tentativa de terapêutica ou intervenção, podem levar à morte. Foram, até ao momento, relatadas três mortes em literatura científica, todas ocorridas na Nigéria, consequência a infeções graves, duas delas em recém-nascidas.²⁵

B. Riscos para a saúde a longo-prazo:

Na revisão referida acima,²³ 17 estudos identificavam sequelas genito-urinárias a longo prazo, até décadas após o procedimento, em mais de 18 000 mulheres.²³ As consequências relatadas com maior frequência são lesões do tecido genital, corrimento vaginal, prurido vaginal, infeções e complicações do trato urinário. Menos frequentes são os registos de queloides, abcessos, fístulas, lesões do ânus e quistos.

- Dor crónica: É uma das complicações principais relatadas, em 11% das mulheres estudadas,²³ devido à lesão dos tecidos e à cicatrização incorreta, que poderão deixar terminações nervosas desprotegidas. Pode ter origem vulvar (vulvodinia), clitoriana ou vaginal.²⁶ Também a disúria, referida como complicação a curto-prazo, adquire um carácter crónico, causada por obstrução da uretra e infeções urinárias recorrentes.²³
- Infeções: Mulheres submetidas a MGF mostraram um risco relativo três vezes superior de desenvolver infeções do trato urinário²³ e 68% superior de vaginose bacteriana.²³ Quando não tratadas, podem culminar em insuficiência renal, septicémia ou mesmo morte. Foi também comprovado o aumento do risco de infeções urinárias de repetição nas mulheres/raparigas submetidas a MGF,²³ devido à diminuição da amplitude da cavidade vaginal, permitindo a acumulação de corrimento, sangue menstrual e consequente meio favorável ao crescimento bacteriano após infundibulação.²⁴ Quistos, abcessos e úlceras genitais são outros dos exemplos relatados. É também maior o risco de infeções crónicas do trato reprodutivo, que podem causar dor lombar e pélvica.

- Alterações menstruais: Consequências a nível da menstruação e dos ciclos menstruais foram relatadas em cinco estudos, mostrando uma prevalência superior nas mulheres submetidas a MGF.²³ Quando há obstrução da abertura vaginal, causada por infibulação ou por complicações dos outros Tipos de MGF, poderão ocorrer sintomas diversos como dismenorreia, ciclos irregulares e alterações do fluxo menstrual.²⁷
- Neuromas pós-traumáticos: são tumores benignos que se desenvolvem após cirurgia ou lesão com atingimento de um nervo, resultado de um crescimento desorganizado de terminações nervosas. A maioria dos casos de neuromas genitais relatados em literatura científica surge após uma história de MGF, ainda que não sejam uma consequência frequente da mesma. Por vezes são omitidos pelas mulheres e diagnosticados apenas durante a reconstrução clitoriana.²⁸ Podem causar dor ou ser assintomáticos. O tratamento passa pela remoção do tecido cicatricial resultante da MGF, durante a cirurgia de reconstrução.²⁸ No entanto, esta cirurgia é recente e ainda não estão descritas a sua eficácia e os seus resultados.²⁸
- Quistos epidermóides do clitóris: São proliferações de células da epiderme e secreções, que se acumulam por não existir um orifício de saída para o exterior. Sendo raros quando não há cirurgia ou lesão antecedente, são maioritariamente uma consequência do Tipo I, ao aderirem à porção de tecido clitoriano restante.²⁹ Localizam-se no clitóris, nos pequenos ou grandes lábios.³⁰ O intervalo de tempo desde o momento da circuncisão até ao desenvolvimento de um quisto é variável.³⁰ Podem ser assintomáticos, mas ao evoluírem, provocam desconforto, dor, dispareunia, desfiguração e sintomas urinários, para além de excitação sexual, devido à fricção causada com alguns movimentos. É comum as mulheres deslocarem-se aos centros de saúde tardiamente, quando os quistos se tornaram gravemente sintomáticos ou cresceram rapidamente, por pressão dos maridos, por receio do desenvolvimento de um tumor maligno ou quando a sua vida sexual é afetada²⁹. A opção terapêutica considerada é a cirurgia, através de excisão do quisto e clitoroplastia, ou excisão total do quisto e clitoridectomia total, quando não é possível recuperar tecido clitoriano e se pretende evitar recorrências.²⁹
- VIH: O risco de hemorragia durante o coito é maior em raparigas que foram submetidas a MGF, devido à lesão resultante. Como tal, se houver hemorragia, com lesão do epitélio vaginal subjacente, a entrada do vírus no organismo é facilitada. No entanto, não foi ainda estabelecida qualquer relação entre a prática de MGF e o maior risco de infeção por VIH.^{23,24}

- Infertilidade: Ainda não foi demonstrada uma relação entre a prática de MGF e um maior risco de infertilidade.^{23,27}

C. Riscos Obstétricos:

Vários estudos analisam o risco de complicações obstétricas nas mulheres que foram submetidas a MGF, sobretudo do Tipo III.^{23,31-34} No entanto, as evidências atuais e grande parte da literatura existente baseiam-se nos resultados do maior estudo efetuado até ao momento, coordenado pela OMS, entre 2001 e 2003, em 6 países africanos (Burkina Faso, Gana, Quênia, Nigéria, Senegal e Sudão), a partir de entrevistas realizadas a mais de 28 000 mulheres grávidas durante o mesmo período.³² Este estudo revelou um aumento geral do risco de complicações obstétricas, nomeadamente: cesariana, hemorragia pós-parto, internamento materno prolongado, necessidade de ressuscitação do recém-nascido, nados-vivos, morte neonatal e baixo-peso à nascença.³²

Outro estudo realizado num hospital australiano entre 2006 e 2012 demonstrou que 2-3% das mulheres que deram à luz tinham sido submetidas a MGF, das quais 90% era natural de países africanos. Os resultados mostravam um maior risco de laceração perineal e de cesariana, mas o risco de parto distócico, episiotomia, trauma vaginal e hemorragia grave era sobreponível ao das mulheres não submetidas a MGF.³³ Também em relação à necessidade de internamento do recém-nascido, morte neonatal ou baixo peso, as diferenças não eram significativas entre os dois grupos.³³

Deste modo, quando se fala de risco obstétrico, é necessário ter em conta fatores como a localização geográfica e o tipo de espaço ou centro hospitalar onde ocorrem os partos, visto que os cuidados de saúde e os profissionais disponíveis num espaço urbano e desenvolvido diferem significativamente daqueles em meio rural de países em desenvolvimento.³²

- Cesariana: A maioria dos estudos revela um maior risco de recurso a cesariana em mulheres que foram anteriormente submetidas a MGF, sendo várias as explicações sugeridas. A mais comum sugere que a acumulação de tecido cicatricial resultante do procedimento ou a sutura resultante da infibulação podem obstruir ou restringir a abertura vaginal, dificultando o trabalho de parto.^{34,35} Outras indicações referidas para a cesariana são a desproporção cefálica do feto e *stress* fetal por trabalho de parto prolongado.²¹ Há, ainda, registos de cesarianas realizadas por prevenção, com o objetivo de evitar sinéquias uterinas ou cicatrização uterina anormal,²¹ ou devido à dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de executar exames pélvicos e vaginais em

grávidas que foram infibuladas.^{21,36} Assim, na impossibilidade de assegurar o sucesso de um parto vaginal ou um parto instrumentalizado, os profissionais de saúde optam por realizar cesariana.³⁶ Para além disso, a informação existente acerca dos riscos e complicações obstétricos da MGF e de *guidelines* específicas para estes casos é ainda escassa ou inconclusiva, pelo que há uma tendência acrescida de, por razões de segurança e prevenção, optar pela cesariana.³⁷ Em particular, a taxa de recorrência à cesariana em mulheres com o Tipo III de MGF foi 30% superior comparativamente a mulheres não submetidas a nenhuma forma de MGF.^{23,38,39} Também existe entre estas mulheres um receio substancial de ter de recorrer a cesariana, estando descritos diversos casos de mulheres que restringiram a sua dieta durante a gravidez para limitar o crescimento fetal, com o objetivo de facilitar um parto vaginal.¹⁷

- **Defibulação:** Nos casos de mulheres que foram submetidas a infibulação, a passagem do feto pelo canal vaginal durante o parto poderá ser comprometida, pelo que é necessário reverter o processo inicial. Para isso, recorre-se à defibulação, técnica que consiste numa incisão vertical feita ao longo da superfície anterior da cicatriz da infibulação, após administração de anestesia local.⁴⁰ As extremidades do corte são, depois, suturadas, permitindo abertura vaginal (Fig. 3).⁴⁰ Pode ser realizada em dois momentos diferentes: antes do parto e durante o trabalho de parto, imediatamente antes da passagem do feto. Atualmente, não há ainda evidência quanto ao momento ideal para a sua execução.⁴¹ O objetivo é evitar complicações como trabalho de parto prolongado, obstrução e lacerações perineais.⁴¹ No entanto, não há, ainda evidência quanto às vantagens de realizar defibulação, e a diferença do risco de complicações obstétricas mostrou-se insignificante entre mulheres defibuladas e não infibuladas.⁴¹ São, por isso, necessários mais estudos observacionais com populações de maiores dimensões para maior evidência científica.⁴¹ Em muitos dos países onde a MGF é uma prática tradicional, as mulheres requerem, no fim do parto, reinfibulação, com o objetivo de recriar uma abertura vaginal semelhante ao de uma mulher não casada e

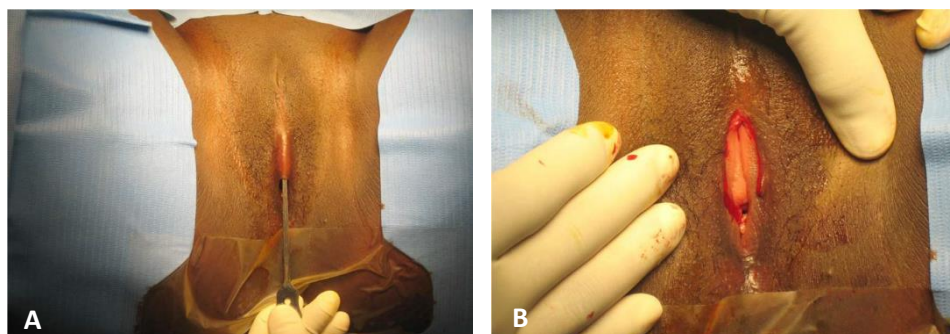


Figura 3. Realização de defibulação. A- Zona genital com infibulação B- Zona genital após defibulação. Retirado de: S. Madzou, C.M.R. Ouédraogo, P. Gillard, C. Lefebvre-Lacoeuille, L. Catala, L. Sentilhes, P. Descamps (2009).³⁶

nulípara. Desta forma, as mulheres são sujeitas a um ciclo de infibulação e defibulação ao longo da sua vida sexual e idade fértil.⁴²

- Maior necessidade de recorrer a episiotomia: Existem diferentes técnicas de episiotomia, mas a medio-lateral e mediana posterior são usadas mais frequentemente.³³ A episiotomia anterior é equivalente à defibulação. Também pode ser realizada em casos dos Tipos I e II, quando destes resultam aderências vulvares, que também ocluem a abertura do canal vaginal.⁴² A episiotomia é, a par da laceração perineal, a complicação mais frequentemente relatada e descrita em literatura.⁴² Segundo o estudo da OMS, das mulheres que deram à luz pela primeira vez em 6 países africanos, 41% das não mutiladas recorreram a episiotomia, em comparação com 88% de mulheres submetidas ao Tipo III. Mesmo em mulheres múltiparas houve diferenças substanciais (14% e 61% respetivamente).^{32,33,39,43} Em relação à técnica de episiotomia a executar nas mulheres com MGF, a anterior é a mais usada, mas pode ser combinada com episiotomias mediana posterior ou medio-lateral. Mulheres submetidas a MGF têm maior risco de se submeterem a episiotomias mais extensas, como a anterior associada à medio-lateral.³³ Esta técnica acarreta vários riscos: dor, trauma perineal, infeções,⁴³ necessidade de sutura e complicações durante a cicatrização.³³ Quanto maior a extensão da episiotomia, mais graves e frequentes são estas complicações.³³ Por outro lado, logicamente, episiotomias realizadas por praticantes tradicionais, fora do meio hospitalar, também acarretam riscos acrescidos.⁴² Como tal, tendo em conta a ausência de *guidelines*, é sugerida investigação futura. Até lá, cabe aos profissionais de saúde terem em conta os benefícios e riscos antes de definir o momento e o tipo do procedimento, e realizar a incisão mínima necessária para atingir esses benefícios.³³
- Laceração obstétrica: Entre mulheres submetidas a MGF do Tipo III, verifica-se um maior risco de lacerações, devido à perda de elasticidade do tecido cicatrizado e da zona perineal, ao estreitamento da abertura do canal vaginal e, conseqüentemente, ao aumento da fragilidade dos tecidos.³³ Também a realização de episiotomia mediana está associada a esta complicação.³³ Estas lesões acarretam também as suas próprias complicações, como incontinência fecal, disfunção sexual, incontinência urinária, fístulas retovaginais e dor.³³
- Trabalho de parto prolongado: Ocorre por descida fetal ou dilatação lentas, durante a fase ativa do parto. Como em outras complicações obstétricas, a principal causa é a cicatriz deixada pela MGF e a rigidez do períneo.^{34,35} É um fator de risco para hemorragia pós-parto, lacerações perineais e recém-nascidos com menor pontuação

na escala de Apgar.³³⁻³⁵ Em apenas alguns estudos esta complicação foi evidenciada,^{21,23,34} pelo que a OMS considera não existir ainda uma associação comprovada entre a MGF e o risco de trabalho de parto prolongado.²¹

- Hemorragia pós-parto: É considerada hemorragia pós-parto uma perda de sangue superior a 500ml. Segundo a revisão da OMS, o risco de hemorragia pós-parto, descrito em 32 estudos, foi superior em mulheres submetidas a MGF, sobretudo quando se tratava do Tipo III, com risco 70% superior a mulheres que não se submeteram a mutilação.^{32,39,43} As principais causas descritas prendem-se com a necessidade acrescida de recorrer a episiotomia e com a fragilidade do tecido cicatricial resultante da MGF.⁴²
- Internamento prolongado pós-parto: A permanência da mãe no hospital por mais de 3 dias após o parto é considerada internamento prolongado. No estudo coordenado da OMS, mulheres submetidas a MGF tinham maior risco relativo de permanecer no hospital mais de 3 dias, em comparação com as restantes. O risco mostrou, ainda, ser crescente entre os Tipos I, II e III de MGF, respetivamente.^{32,43}
- Consequências para o feto/recém-nascido: Complicações obstétricas resultam em maior risco de necessidade de ressuscitação do recém-nascido, morte intraparto e morte neo-natal.^{32,34,39,43} O risco é maior quanto mais grave o tipo de MGF realizado, assim como quando os partos acontecem fora de hospitais ou de centros obstétricos especializados.³⁹ Os casos de morte de recém-nascidos relatados em literatura estão, na sua maioria, relacionados com a obstrução da abertura vaginal.³⁵ A OMS estima que atualmente, no mundo inteiro, 1 a 2% das mortes neonatais sejam uma consequência da prática de MGF.^{32,35,39,43} Não existe risco superior de baixo peso à nascença, evidenciando que as complicações obstétricas da MGF incidem essencialmente no trabalho de parto e não na gravidez.^{32,43} Relativamente à Escala de Apgar, é mais frequente recém-nascidos de mães submetidas a MGF terem pontuações ≤ 9 , quando comparados com os restantes.^{34,35}

D. Riscos Sexuais:

A resposta sexual humana compreende quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. No sexo feminino, apesar de estimulação do clitóris desencadear o orgasmo, esta é apenas uma pequena parte da complexa estrutura que é a resposta sexual feminina.²² A excitação sexual pode ser também desencadeada pela estimulação de outras zonas erógenas como a parede anterior e o terço externo da vagina. Outros tecidos sexualmente sensíveis da

vulva são os tecidos vasculares imediatamente cobertos pelo epitélio dos pequenos lábios e o corpo esponjoso da uretra, um tecido esponjoso localizado ao redor do lúmen da mesma.¹²

Como foi referido no início deste trabalho, os diferentes tipos de MGF não removem a totalidade do clitóris, dado que os corpos cavernosos se mantêm intactos, e também não atingem outras zonas erógenas, já que nem os bulbos vestibulares nem o tecido uretral são removidos. Apesar disso, como é óbvio, esta prática conduz a alterações na função sexual, tendo em conta que lesiona, em qualquer uma das suas formas, uma parte destas estruturas sensíveis.^{22,42}

Assim, a MGF poderá corresponder à diminuição, mas não ao total desaparecimento de desejo sexual, excitação e orgasmo.^{2,12,22} É por essa razão que mulheres que tenham sido submetidas a MGF, mas sejam saudáveis e não tenham sofrido complicações, conseguem chegar ao orgasmo e ter relações sexuais satisfatórias. A literatura existente ainda não é totalmente clara quanto aos efeitos que a MGF tem na função e prazer sexuais, mas alguns são referidos com frequência.^{22,23,42,44,45}

Disfunção sexual:

Disfunção sexual feminina é definida como uma diminuição ou alteração do desejo ou excitação sexuais, da capacidade de atingir o orgasmo e na presença de dispareunia, o que resulta em *stress* pessoal significativo.^{22,44,45} É um problema multifatorial, compreendendo aspetos anatómicos, psicológicos, fisiológicos e interpessoais.²²

O método mais utilizado pelos estudos que pretendem avaliar a função sexual é o FSFI. Este índice é uma ferramenta simples, multidimensional e válida para avaliar a função sexual, nomeadamente a libido, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia, através de 19 questões.^{42,44-46} Em 2017, no Egipto, foi realizado um estudo, utilizando o FSFI, com o objetivo de perceber se a MGF teria implicações na vida sexual das participantes. Os resultados mostraram que 83,3% das mulheres mutiladas apresentava disfunção sexual (considerada quando $FSFI \leq 26\%$), em comparação com 64,5% das restantes.⁴² Cada um dos indicadores do FSFI teve, também, valores inferiores no primeiro grupo.⁴² A frequência semanal com que as mulheres tinham relações sexuais vaginais também foi menor no grupo de mulheres com MGF.⁴² Outros estudos apresentaram resultados semelhantes em todos os parâmetros, com exceção do desejo sexual e de dispareunia.⁵¹ Um outro estudo avaliou o IDS, através de 14 questões acerca de atividade autoerótica e atividade sexual com um parceiro e os resultados mostraram um IDS inferior em mulheres após MGF.¹² Mulheres cujas lesões atingiram principalmente as glândulas vestibulares, responsáveis pela libertação de muco, tinham alterações na lubrificação e, conseqüentemente, no orgasmo e satisfação sexual.^{45,47}

Relativamente ao Tipo III de MGF, as consequências a nível sexual tornam-se ainda mais complexas. A abertura deixada após infibulação deve ser pequena o suficiente para que impeça o coito, sem que prejudique a passagem de urina e de fluxo menstrual.⁴⁶ Nos países em que a tradição persiste, é esperado que, quando a mulher se case, seja submetida a uma defibulação tradicional que pode ser realizada de duas formas. A primeira é feita recorrendo a um circuncisador tradicional, uma pessoa especializada que pratica MGF na comunidade. A segunda é através da penetração peniana, realizada pelo parceiro sexual, normalmente marido, com pressão e força suficientes que permitam rasgar a pequena abertura deixada. Esta constitui imediatamente uma consequência negativa da MGF a nível sexual, pois trata-se de uma penetração dolorosa e desconfortável, quer para a mulher, quer para o parceiro sexual. Dependendo de vários fatores, como a força exercida, o tamanho da abertura, a espessura dos tecidos e o nível de cicatrização, o tempo requerido para uma defibulação completa varia, mas é, geralmente, concluído numa semana.⁴² Se houver dificuldade, os parceiros são aconselhados a utilizar instrumentos como facas ou lâminas de barbear.⁴² Em ambas as formas de defibulação, é necessário que o casal tenha relações com frequência durante as semanas seguintes, para que a ferida não cicatrize e volte a ocluir a abertura vaginal. Também este período é doloroso, pois o coito é mantido enquanto as lesões epiteliais estão expostas, causando frequentemente infeções e hemorragias.⁴²

Num estudo realizado na Noruega, os dois membros de diversos casais referiram que, como consequência do processo de defibulação tradicional, lhes fora impossível continuar a ter relações sexuais por meses ou até mesmo anos, devido à dor e sofrimento que infligiriam em ambos.⁴² Um estudo no Sudão verificou maiores taxas de disfunção sexual em homens, pelo seu próprio desconforto físico e psicológico causado pela experiência de infligir sofrimento e dor à esposa durante o coito.²²

Em consequência das alterações e dificuldades na vida sexual do casal, existem problemas, insatisfação e instabilidade matrimonial.^{13,22,42,45} Por acreditarem que a abertura vaginal mais estreita, resultante da infibulação, é necessária para que o homem atinja o máximo de prazer sexual durante o coito, a maioria das mulheres teme que, caso isso não aconteça, o seu marido procure outras mulheres para o satisfazerem sexualmente. É, assim, frequente as mulheres requisitarem a realização de reinfibulação pelos médicos, após o parto vaginal.⁴² No entanto, esta crença não se baseia em dados científicos: a relação entre reinfibulação e o prazer sexual masculino não é clara, tendo em conta que a maior ou menor abertura da vulva não influenciam a musculatura e elasticidade das paredes do canal vaginal.⁴²

Existem ainda casos de mulheres que, após cirurgias de reconstrução do clitóris, mostraram um aumento do prazer sexual, do desejo, da lubrificação, sensibilidade da vulva e orgasmo.^{12,22} A razão não assenta apenas no facto de o tecido clitoriano se tornar mais exposto e acessível, mas também no facto de haver uma melhoria na imagem e identidade femininas, acrescentando autoestima e, conseqüentemente, melhorando a função sexual e qualidade de vida destas mulheres.¹²

A disfunção sexual da mulher é ainda afetada por fatores psicológicos, referidos adiante, entre os quais as memórias traumáticas do momento em que foram mutiladas.²² É, por isso, uma consequência multifatorial da MGF, não dependendo apenas de alterações anatómicas e fisiológicas dos órgãos genitais.¹²

Dispareunia:

Dispareunia, definida como dor durante o coito, merece ser referida de forma particular por se tornar uma consequência prevalente nas vítimas de MGF, principalmente nas mulheres submetidas a infibulação (Tipo III).²³

A dor traz consigo outras dificuldades: a mulher passa a olhar para a atividade sexual como um sacrifício, tem dificuldade em participar ativamente na mesma.⁴⁸ As dificuldades que a dispareunia provoca na vida sexual do casal levam a que o marido também se sinta desconfortável com o sofrimento da esposa, desagradado e desinteressado por ela. Nalguns casos, o casal procura alternativas, como estimulação de outras partes do corpo, uma maior comunicação e aconselhamento matrimonial.⁴⁸ Por outro lado, de facto, em determinadas sociedades e etnias, é frequente o marido procurar satisfação sexual junto de outras mulheres, com ou sem MGF, mantendo relações sexuais com a sua esposa apenas para que a mesma não se sinta privada do seu direito matrimonial e/ou para fins reprodutivos.⁴⁸ Mais raramente, as dificuldades provocadas na relação e no casamento determinam o divórcio, enfatizando ainda mais as consequências psicológicas e sociais a que a mulher submetida a MGF é exposta.⁴⁸

Doenças sexualmente transmissíveis:

Um das principais razões de perpetuação da MGF é a preservação de fidelidade e do interesse do marido pela esposa, evitando que este lhe seja infiel.^{19,48} No entanto, a taxa de incidência de doenças sexualmente transmissíveis é significativamente superior em mulheres mutiladas, fruto da procura, por parte dos maridos, de satisfação sexual com outras mulheres.^{19,48} Também as lesões do epitélio resultantes da MGF dão origem a pequenas hemorragias, durante o coito, resultado da fricção no local da ferida, aumentando a probabilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV.⁴⁸

E. Riscos Psicológicos:

Enquanto os efeitos físicos estão extensivamente documentados, o mesmo não acontece com os efeitos a nível psicológico para as mulheres e raparigas que são submetidas a MGF. A OMS estimou que apenas uma minoria dos estudos são dedicados a este tema e nenhum deles tem elevada qualidade, devido às pequenas amostras de população de que dispõem e a resultados inconsistentes.^{13,49}

Para as mulheres, esta é uma experiência traumatizante, realizada na maioria das vezes, no início de vida ou infância, sem ter em conta a vontade da própria. Num estudo realizado no Senegal em 2005, 90% das mulheres descreveu sentir medo intenso, impotência, desamparo e horror no momento em que foram submetidas a MGF.⁵⁰ Após o procedimento, 80% começou a ter *flashbacks* do episódio, um sintoma típico de *stress* pós-traumático.⁵⁰ Sentido de traição por parte dos pais e da família, sensação de incompletude, arrependimento, vergonha, culpa e raiva foram também referidos.^{13,50,51}

Com o passar do tempo, existe uma grande probabilidade de mulheres submetidas a MGF sofrerem alterações emocionais como ansiedade, somatização e um maior risco de doença mental.^{13,43,50} A perceção em relação ao aspeto dos seus genitais externos pode causar vergonha e menor autoestima, com repercussões na sua vida sexual com um parceiro.⁴⁹ Da mesma forma, depressão, *stress* pós-traumático, défice de atenção, dificuldade em dormir, pesadelos, perda de apetite, perda de peso ou ganho de peso excessivo e ataques de pânico são consequências registadas em diversos estudos, atribuíveis a MGF.^{13,50}

Fatores como formas severas de MGF, complicações imediatas após o procedimento, problemas de saúde crónicos, perda de fertilidade, mutilação sem consentimento, MGF como punição ou castigo, medo de complicações obstétricas e da própria morte contribuem para estas alterações e são causa de *stress* e ansiedade.^{20,50} É de realçar também que a maioria das mulheres, por força do seu contexto social, sofre em silêncio, sem partilhar os seus sentimentos e receios, e não recebe, em nenhum momento da vida, terapia ou aconselhamento psicológico, o que intensifica ainda mais os seus problemas.⁵⁰

A MGF preenche os critérios A de PSPT do sistema de classificação DSM-5.⁵² Esta condição psiquiátrica desenvolve-se tipicamente em resposta à exposição (repetida) a ameaças sérias, sendo mais grave quanto maior a intensidade ou frequência de exposição às mesmas. Os doentes com PSPT voltam a experienciar, com frequência, os seus eventos traumáticos, de forma cognitiva, emocional ou psicológica, tendem a evitar exposição a situações que os lembrem da experiência, têm alterações de humor e cognitivas e respostas

exageradas às mesmas. A PSPT tem maior prevalência em mulheres mutiladas, mais frequente e gravemente nas que passaram pelas formas mais severas (Tipos II e III).⁵²

Por outro lado, a MGF é uma questão extremamente complexa e influenciada pelo contexto sociocultural: se a mulher não for submetida a MGF e estiver inserida numa comunidade em que o procedimento é um requerimento para inclusão e aceitação na mesma, também o impacto psicológico será notado. Ansiedade, *stress*, medo de ser excluída, medo de discriminação, de ser julgada e vulnerabilidade são alguns dos sintomas descritos nestas situações.^{20,50}

Aliás, vários estudos mostraram que, apesar dos impactos negativos descritos por mulheres submetidas a mutilação, estas referiam orgulho, a sensação de ser uma pessoa melhor e mais respeitada, de pureza e beleza enaltecidas. Da mesma forma, mostravam uma atitude negativa, estigma e discriminação em relação a mulheres não submetidas a esta prática.^{13,50}

Porém, existem ainda os casos em que mulheres submetidas a MGF migram para países onde o procedimento não é praticado. E, também nestes casos, o processo de aculturação desencadeia sinais de *stress* pós-traumático. O que era considerado normal e positivo no país de origem passa agora a ser tabelado como criminoso, ilegal e proibido no país de acolhimento.⁵¹

Também, indiretamente, a MGF leva a consequências psicológicas: como referido no Capítulo VIII.D, acerca dos riscos sexuais, as posteriores experiências sexuais, ao longo da vida, com o marido ou parceiro, constituem em si experiências dolorosas e insatisfatórias, provocando medo do ato sexual, *stress* pós-traumático, ansiedade, depressão e perda de memória.⁴⁸ A perceção da mulher em relação à vida sexual e ao próprio casamento sofrem, deste modo, alterações e distorções, piorando a sua saúde mental.

A complexidade constatada a partir destas observações, resultantes da forte crença de que uma mulher precisa de ser circuncisada para ser aceite e valorizada em determinadas sociedades, constitui um desafio gigante para a erradicação da prática e para as sociedades ocidentais e a sua preocupação com a saúde mental.⁵⁰

É de concluir que mais estudos, e de melhor qualidade, devem ser feitos nos vários países em que a MGF é praticada, de forma a haver resultados consistentes acerca das implicações da MGF a nível psicológico.⁴⁹

F. Riscos Económicos:

É também importante ter em conta o impacto social e económico que a prática de MGF tem numa comunidade e num país. A MGF impõe grandes gastos financeiros às pacientes, às suas famílias, aos sistemas de saúde e aos governos, essencialmente devido aos seus impactos na saúde.⁴

No entanto, apesar da relevância deste tema, um estudo de revisão realizado em 2016 concluiu que, entre 1979 e 2015, apenas um sexto dos artigos publicados em relação a MGF se focava nas suas complicações socioeconómicas. E os que o faziam, limitavam-se às consequências socioeconómicas diretas, na frequência/abandono do ensino escolar, nas consequências sexuais e matrimoniais, na violência doméstica, na discriminação e no matrimónio.

Implicações económicas diretas da MGF:

No que toca aos impactos económicos diretos e quantificáveis, estima-se que uma rapariga de 15 anos com o Tipo III de MGF custe ao governo do seu país cerca de 5,82 dólares americanos durante a sua vida.³⁵ As outras formas de MGF também impõem gastos, apesar de inferiores.⁴

Mulheres submetidas ao Tipo III têm uma esperança média de vida inferior às restantes.^{3,43} Foi estimado que, em seis países africanos (Gana, Burkina Faso, Nigéria, Quênia, Senegal e Sudão), os 2,8 milhões de raparigas com 15 anos de idade (em 2010) iriam sofrer uma perda de aproximadamente 130 000 anos de vida a nível global, devido, exclusivamente, a hemorragias obstétricas, o que representa uma perda de cerca de meio mês em média a cada rapariga.

Num hospital da Nigéria, o tempo médio necessário para *follow-up* de raparigas com complicações médicas da MGF era de 13 meses e o custo das mesmas era em média de 120 dólares por paciente.³ Na Gâmbia, concluiu-se que, conseqüentemente à MGF, uma em cada três mulheres requeria um exame ginecológico.⁴

Em 1991, numa maternidade na Somália, durante o período de um ano, 118 pacientes foram admitidas para cirurgias por complicações ginecológicas após MGF. O tempo médio de hospitalização de uma mulher por complicações era de 16,5 dias e, no total, as pacientes ocuparam as camas do hospital por 1967 dias, afetando a capacidade de prestação de cuidados de saúde e de resposta do mesmo hospital.⁴

Em relação às complicações obstétricas, estima-se que os custos anuais relacionados em seis países africanos (Gana, Burkina Faso, Nigéria, Quênia, Senegal e Sudão) representem 3,7 milhões de dólares americanos, cerca de 0,1% a 1% do dinheiro investido pelos governos e sistemas de saúde destes países na saúde das mulheres com idades entre os 15 e 45 anos.^{35,43} Em particular, os gastos devem-se ao facto de que estas mulheres, quando grávidas, recorrem mais frequentemente a hospitais aquando do parto, aumentando gastos financeiros por parte destes.³⁵

Custos individuais e familiares:

No geral, existe uma relação bilateral entre o estado de saúde e a atividade económica, o que indica que pessoas mais saudáveis são mais produtivas.⁴ A MGF pode causar vários tipos de infeções. O tratamento destas infeções e de outras complicações pode constituir um grande encargo financeiro para as famílias da rapariga/mulher, especialmente em países em desenvolvimento. Algumas complicações, como dismenorreia, podem levar a incapacidade e dependência do seu pai ou marido. Mesmo que seja educada e tenha um emprego, é provável que deixe de ir à escola ou trabalhar com regularidade por causa das suas complicações e sintomas. A sua participação e intervenção em sociedade é menor. Assim, a MGF leva a uma diminuição do dinheiro ganho no seio familiar e do nível de educação. Afeta as poupanças e investimentos, aumenta os custos com a saúde e a acumulação de dívidas e, desta forma, intensifica o estado de pobreza destas famílias.

É de realçar que, em muitos dos países em desenvolvimento, a MGF é envolvida num conjunto de cerimónias, pelo que a família gasta dinheiro com presentes para felicitar a rapariga, com celebrações, que incluem festa e comida para as famílias e para as pessoas da comunidade, assim como para pagar à pessoa que executou o procedimento.⁴

Em relação à frequência e abandono escolar, não existem dados conclusivos, mas sabe-se que comunidades onde a MGF é uma prática comum são também comunidades onde o casamento de raparigas menores de idade é frequente, e que tal leva a um aumento do abandono escolar.⁵³ Também não existem dados relativos ao impacto da MGF na taxa de empregabilidade/desemprego, nem relativos à perda de produtividade.³

Os estudos supracitados concluem que há necessidade de treinar e formar os profissionais de saúde e assistentes sociais para que saibam lidar com os diversos aspetos inerentes a MGF. Esta formação também requiere investimento por parte do Estado de cada país.³

Qualquer valor monetário gasto na prevenção e tratamento das complicações poderia ser poupado caso a MGF fosse erradicada.³² O valor investido na prevenção e erradicação desta prática nunca será um desperdício e um erro, comparando com os custos do tratamento das suas complicações. Em 2007, estimou-se que tenham sido doados 23 milhões de dólares para atividades de prevenção da MGF, porém, desconhece-se o custo-eficácia deste valor na prevenção da mesma.³²

Pode-se afirmar, com estas evidências, que, se a desigualdade entre gêneros permanecer e a falta de empoderamento feminino continuar, as mulheres terão dificuldade no acesso a informação e a serviços de saúde reprodutiva, o que, conseqüentemente, irá influenciar o seu estado de saúde e impedir a sua participação em sociedade. Acumulam-se as implicações graves no seio familiar e na comunidade. A saúde reprodutiva é um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável de um país, pelo que este será atingido apenas se as mulheres forem saudáveis.^{3,4}

IX. O tratamento das complicações

Uma das barreiras à erradicação da MGF até hoje é a escassez de conhecimento e competências por parte dos profissionais de saúde relativamente à prevalência, ao diagnóstico e às medidas a adotar perante uma paciente com MGF.^{5,54} Esse desconhecimento deve-se, sobretudo, à carência de literatura e de orientações, à falta de qualidade das mesmas e à deficiente e desigual distribuição de informação aos prestadores de cuidados de saúde de diversos países.⁵⁵ Assim, em 2001 e, novamente, em 2016, a OMS publicou *guidelines* para a abordagem das complicações da MGF.¹⁴ As medidas foram baseadas em três princípios orientadores (Tabela 2) e sumarizadas em quatro aspetos principais (Tabela 3).¹⁴

Tabela 2: Princípios orientadores¹⁴

- I** Raparigas e mulheres que vivem com MGF experienciaram uma prática nociva e devem ser assistidas com cuidados de saúde de qualidade.
- II** Todos os agentes responsáveis – na comunidade, a nível nacional, regional e internacional – devem iniciar ou continuar ações dirigidas à prevenção primária da MGF.
- III** A medicalização da MGF (isto é, a prática de MGF por profissionais de saúde) é sempre inaceitável, pois viola a ética médica, na medida em que (i) a MGF é uma prática nociva; (ii) a medicalização perpetua a MGF; e (iii) os riscos deste procedimento ultrapassam qualquer presumível benefício.

Tabela 3: Resumo das Recomendações (R) e Afirmações das Melhores Práticas (MP)¹⁴

Defibulação

R-1 A defibulação é recomendada para prevenir e tratar complicações obstétricas em mulheres submetidas ao Tipo III de MGF.

R-2 A defibulação, antes do parto ou intraparto, é recomendada para facilitar o parto em mulheres submetidas a MGF.

R-3 A defibulação é recomendada para prevenir e tratar complicações urológicas – especificamente infeções do trato urinário e retenção urinária – em raparigas e mulheres a viver com o Tipo III de MGF.

MP-1 Raparigas e mulheres que são candidatas a defibulação devem receber informações adequadas acerca do procedimento, no período pré-operatório.

MP-2 Raparigas e mulheres submetidas a defibulação devem receber anestesia local.

Saúde Mental
<p>R-4 Deve ser considerada a realização de terapia cognitivo-comportamental em raparigas e mulheres submetidas a MGF que apresentem sintomas compatíveis com perturbação de ansiedade, depressão ou stress pós-traumático.</p> <p>MP-3 Deve ser disponibilizado apoio psicológico a todas as raparigas e mulheres que receberam ou irão receber qualquer tipo de intervenção cirúrgica para corrigir complicações da MGF.</p>
Saúde Sexual Feminina
<p>R-5 É recomendado aconselhamento sexual para prevenir ou tratar disfunção sexual feminina nas mulheres submetidas a MGF.</p>
Informação e Educação
<p>MP-4 Devem ser implementadas estratégias de informação, educação e comunicação acerca da MGF e da saúde da mulher a todas as raparigas e mulheres submetidas a MGF.</p> <p>MP-5 Todas as raparigas e mulheres submetidas ao Tipo III de MGF devem ser informadas e educadas relativamente à defibulação.</p> <p>MP-6 Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de fornecer informações claras e baseadas em evidência, através de uma linguagem simples e métodos que sejam facilmente compreendidos pelas pacientes.</p> <p>MP-7 Devem ser disponibilizadas informações acerca dos diferentes tipos de MGF e dos seus respetivos riscos e complicações a curto e longo prazo a todos os profissionais de saúde em contacto com mulheres submetidas a MGF.</p> <p>MP-8 A informação relativa à MGF transmitida aos profissionais de saúde deve exprimir de forma clara a mensagem de que a medicalização da MGF é inaceitável.</p>

No geral, o grau de evidência destas recomendações é baixo, devido à ausência de estudos com qualidade sobre o seu impacto, pelo que a OMS realça a necessidade de implementação destas medidas para que possam ser avaliadas.¹⁴

O processo de defibulação apresenta riscos, já descritos no capítulo das complicações. Porém, é uma complicação necessária para o sucesso do parto e para o tratamento de complicações genitourinárias causadas pela infibulação⁵⁶ e, por isso, é uma recomendação da OMS.¹⁴ Para além da defibulação, o recurso a cirurgias aplica-se noutras situações, como a reconstrução do clitóris, dos pequenos lábios e a remoção/excisão de quistos.^{11,14,54}

Reconstrução genital:

A cirurgia de reconstrução clitoriana e dos pequenos lábios tem sido cada vez mais procurada pelas vítimas de MGF, na busca de alívio de sintomas, de melhorar a sua imagem e bem-estar sexual. No entanto, há uma profunda desigualdade entre países no que toca à disponibilidade e acessibilidade deste procedimento.^{14,54}

A reconstrução do clitóris permite a reexposição do órgão, pode aliviar a dor clitoriana crónica e dispareunia e ainda beneficiar a vida sexual da mulher.^{14,54} Mas a razão para a não inclusão da mesma nas recomendações da OMS prende-se com o facto de, segundo a literatura existente, se associar a efeitos secundários como dor, hemorragia, possibilidade de lesionar estruturas vizinhas, como a uretra, ou as terminações nervosas do clitóris, com consequente perda de função do mesmo. Por outro lado, os resultados da cirurgia nem sempre correspondem às expectativas das pacientes quanto à imagem e função sexual.¹⁴ Por estas razões, a OMS recomenda que cirurgias de reconstrução apenas se realizem quando há sintomatologia, ou em caso de tecido cicatricial abundante, neuroma, abscessos ou quistos. Caso contrário, os procedimentos cirúrgicos devem ser evitados, ou, pelo menos realizados da forma menos invasiva possível, e a paciente deverá tomar conhecimento dos riscos e da escassa evidência associada à cirurgia.¹⁴

Para além destas recomendações, todas as outras complicações físicas a curto e longo prazo já descritas neste trabalho requerem investigação, examinação e medidas terapêuticas próprias, atualizadas desde 2018 no manual *Care of Girls and Women living with Female Genital Mutilation: a clinical handbook* da OMS¹¹, um guia completo na abordagem das pacientes com MGF, perante complicações de saúde, planeamento familiar, gravidez, parto e pós-parto.

A complicação mais frequente, a dor crónica, requer medidas baseadas na avaliação clínica do médico e nas preferências da paciente. O uso de analgésicos locais, lubrificantes, evicção de roupa justa ou de pressão na zona genital são exemplos de terapia não cirúrgica para esta complicação.²⁶

Perante as implicações da MGF na saúde mental, o prestador de cuidados de saúde deve, no primeiro contacto com a paciente, realizar um exame do estado mental básico e, a partir do mesmo, decidir se é necessária uma avaliação mais profunda e acompanhamento.¹¹ Durante o período pós-operatório, porém, o acompanhamento psicológico é recomendado em todas as mulheres, pois a própria intervenção cirúrgica e a dor associada podem remeter para a experiência da MGF.^{11,49}

A saúde sexual e o bem-estar da mulher devem sempre ser abordados, pois são direitos fundamentais de qualquer ser humano. Essa abordagem envolve questionar acerca da relação com o parceiro, desmistificar e desconstruir certas crenças comuns acerca da sexualidade feminina e promover a sexualidade como um aspeto natural da existência humana. Por vezes, pode ser importante referenciar a mulher a uma profissional de saúde do sexo feminino, para permitir maior descontração e confiança. Em caso de patologia, a OMS recomenda a realização de terapia cognitivo-comportamental.^{49,51}

Relativamente à terapia sexual, a falta de evidência torna questionável a sua eficácia. Por um lado, as mulheres ainda detêm parte dos tecidos genitais eréteis, possibilitando melhorar a sua atividade sexual através de terapia e educação sexual.¹² Por outro, o tipo de aconselhamento deverá ser individualizado, tendo em conta o contexto social da paciente, o tipo de MGF e as complicações experienciadas. O conhecimento da mulher acerca da sua expressão sexual é escasso e, geralmente, um tabu, o que obriga o profissional a adaptar o seu discurso a cada caso, contribuindo para resultados variáveis.²²

Apesar dos esforços, as recomendações presentes na Tabela III são implementadas e cumpridas de forma desigual entre países. Para além disso, nem todos os países onde estão implementadas possuem *guidelines* orientadoras próprias, nem são monitorizados os resultados das mesmas.⁵⁷ A informação e a educação, que idealmente deveriam constituir o primeiro passo na prevenção da MGF, não estão bem executadas nos países onde a prática é mais habitual, por se tratar de um tema ainda sensível nesses locais.⁵⁷

G. O Papel dos Profissionais de Saúde

O confronto com um caso de MGF requiere uma capacidade de comunicação e de adaptação a fatores sociais e culturais que muitos profissionais de saúde não dominam, por falta de conhecimento e formação em relação a este tema.⁵ Também neste aspeto o manual clínico da OMS veio desempenhar um papel fundamental, ao abordar estratégias de comunicação com as pacientes¹¹. Esta capacitação dos profissionais de saúde é essencial, já que estas mulheres sentem vergonha, culpa e medo de serem julgadas, perspetivam a MGF de forma diferente, têm maior dificuldade a aceder a cuidados de saúde por razões financeiras e habituaram-se a “normalizar” os seus sintomas.¹¹ A empatia, fundamental na prática de medicina, torna-se ainda mais indispensável.

O papel dos profissionais de saúde assume ainda especial importância por outro motivo: a medicalização da MGF. Este termo refere-se a situações em que a MGF, principalmente o processo de reinfibulação, é praticada por um prestador de cuidados de

saúde, em qualquer local e em qualquer momento da vida da mulher.^{11,58} A sua prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos, justificada pela crença de que diminuirá o risco de complicações. Estima-se que, atualmente, mais de 18% dos casos de MGF tenham sido executados por um profissional.⁵⁹⁻⁶¹ Estes médicos, enfermeiros ou parteiras, que muitas vezes desconhecem a lei referente a MGF no seu país, acreditam estar a cumprir um dever perante a comunidade e cultura e a proteger as mulheres das complicações imediatas associadas à execução em meio tradicional.^{18,55,58,60} Noutros casos, fazem-no pelos ganhos financeiros ou pressionados pela sua comunidade.^{57,58} No entanto, desde 1979 que a OMS condena veemente esta prática desde, pois é uma tentativa de legitimação da MGF, oferece riscos independentemente das condições em que é realizada e viola o princípio ético fundamental da medicina: a não-maleficiência.^{11,59,61-63} Erradicar a medicalização da MGF é um passo fundamental para erradicar a própria MGF.

X. MGF e Direitos Humanos

A prática de MGF constitui inegavelmente uma violação dos direitos humanos. Sem quaisquer benefícios subjacentes, submete meninas e mulheres a riscos e consequências nefastas para a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. Apesar de todos os indivíduos terem o direito e liberdade de participação na vida cultural e religiosa, o direito internacional limita estes direitos quando ultrapassam e põem em causa outros direitos humanos fundamentais. A MGF é um desses casos, pelo que nenhuma razão cultural, social ou religiosa pode ser evocada em favor da sua continuação.⁷

Viola, primeiramente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948⁷, de diversas formas, entre as quais a ameaça ao direito à vida e à integridade física⁷, o direito a estar livre de tortura, punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante.^{60,64}

Ameaça o direito aos mais altos padrões de saúde, ao constituir um procedimento invasivo e doloroso, sem indicações médicas, e resultar em sérias complicações para a saúde física e mental.^{7,14}

Constitui uma forma de controlo da sexualidade da mulher, que reflete a profunda e antiga iniquidade entre géneros, a supressão de direitos e liberdades da mulher, que tem acompanhado o percurso da História.^{1,60,64} O Artigo 1º da *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres* define a discriminação como qualquer “distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo que tenha como efeito ou como objetivo comprometer ou destruir o reconhecimento, o gozo ou o exercício pelas mulheres, seja qual for o seu estado civil”.¹ Como tal, a MGF viola indubitavelmente os Direitos das Mulheres e da Não Discriminação com Base no Sexo, presentes na Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1993), na Convenção para a Eliminação Discriminação contra as Mulheres (1979) e nas Recomendações Gerais do Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (1990, 1992 e 1999).

É, ainda, uma violação dos Direitos das Crianças, pois é executada sem o seu consentimento e impede que as estas tenham a oportunidade de se desenvolver e crescer física e psicologicamente de forma saudável e protegida, longe de violência e abuso.^{7,60} Viola a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), que assinala que todas as ações dirigidas às crianças devem ter como objetivo o melhor interesse para as mesmas.^{1,60}

Muitos outros direitos subsequentes aos referidos acima são postos em causa pela MGF. Em 2015, foram criados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, entre

os quais se encontra o Objetivo Nº 5, da Igualdade de Género, que engloba “eliminar todas as práticas nocivas, como o casamento infantil, forçado e prematuro, e a MGF”.⁶⁵

O Alto Comissariado para os Refugiados da ONU e outras agências declararam que deve ser garantido o estatuto de refugiado e exílio a todas as raparigas e mulheres que fogem do seu país para fugir à MGF.⁵⁰

XI. Erradicação e legislação

Ao longo dos anos, as agências internacionais têm alertado para a urgência de eliminar a MGF, apelando a uma estratégia multidisciplinar e conjunta a nível regional, nacional e internacional.^{14,17} Em 2008, a OMS lançou a *Declaração Conjunta - Eliminação da MGF*, apelando “a todos os Estados, organizações nacionais e internacionais, à sociedade civil e às comunidades para que defendam os direitos de meninas e mulheres, (...) que desenvolvam, intensifiquem e apoiem ações específicas e concretas, e orientadas com vista a acabar com a MGF.”^{7,18,60}

Atualmente, está implementada legislação anti-MGF em 26 países em África e no Médio Oriente e em 33 países com populações migrantes que praticam MGF.¹⁰ Esta deve traduzir-se em recursos humanos, técnicos e financeiros, incluindo serviços judiciais, sociais, policiais e de saúde. É extramente importante, na medida em que apoia a recusa dos profissionais de saúde em executar MGF, mesmo quando pressionados; desencoraja aqueles que querem perpetuá-la; apoia os que a abandonam, pune os que a praticam, protege potenciais vítimas e garante cuidados de saúde às mulheres que foram submetidas a MGF.^{11,66}

No entanto, apresenta algumas lacunas. Em primeiro lugar, nem todos os países são eficientes no cumprimento efetivo da lei,^{57,60} não reservam um orçamento para a sua implementação, nem monitorizam a sua aplicação e eficácia⁵⁷. Em segundo lugar, apesar do impacto da legislação não estar ainda reportado globalmente,¹⁶ sabe-se que proibir e criminalizar esta prática por si só é arriscado, pois poderá conduzir à marginalização e clandestinidade das comunidades praticantes, dificultando a sua deteção.^{7,60,64,66} Por último, alguns países obrigam os profissionais de saúde a reportar casos de MGF que detetam nas suas pacientes, o que provoca um conflito de valores, pois é perdido o direito à confidencialidade médica.⁵⁷ Para além disso, tratando-se de um ato único e não de um caso de maus-tratos contínuos, se a rapariga for referenciada e retirada aos pais, os benefícios dessa decisão poderão não compensar os custos no seu futuro, a não ser que se possa evitar que outras raparigas na família sejam submetidas a MGF.⁵⁷

Como tal, as agências internacionais insistem na criação uma estratégia global de erradicação, permanente e diversificada, assente nos seguintes pilares:^{10,66-69}

- Existência de coordenação e consenso entre as agências internacionais e os países, para assegurar o compromisso de cada um na erradicação da MGF;

- Investigação e criação de evidência científica relativamente aos riscos e consequências da MGF, de forma contínua;
- Implementação de programas anti-MGF íntegros a nível regional, local e nacional, através de legislação, políticas, campanhas e disponibilização de recursos;
- Coordenação entre os esforços governamentais e ONG locais;
- Campanhas com recurso a meios de comunicação social, vídeos, artes performativas, música, literatura, figuras públicas,^{7,64,70} com atuação em várias frentes: escolas, serviços sociais, programas religiosos, planeamento familiar, serviços de saúde, entre outros. Também o apoio de pessoas influentes na comunidade, como líderes religiosos, é de extrema importância para atingir sucesso;^{7,16,64}
- Sensibilização, apoio e participação ativa das próprias comunidades, através de sessões interativas e de discussão aberta,⁶⁴ com o objetivo de ligar os direitos humanos aos valores culturais de cada comunidade⁶⁹ de forma não coerciva e não julgadora;⁷¹
- Capacitação, com formação e treino, de todos os prestadores de cuidados de saúde, funcionários de ensino, legisladores, agentes de justiça e segurança social;^{57,70}
- Educação da população para os direitos humanos, direitos das mulheres e empoderamento feminino, assim como para a sua importância no desenvolvimento de um país, na redução do nível de pobreza e desigualdade, promoção da educação e saúde.

Todas as estratégias usadas para erradicar a MGF devem basear-se nestes princípios, adaptando-se à comunidade que se pretende influenciar, aos seus valores culturais e crenças, aos motivos que levam a continuar esta prática, aos recursos humanos e financeiros disponíveis, entre outros inúmeros fatores.

Foram documentadas, por exemplo, algumas estratégias que substituem a MGF por cerimónias e rituais de passagem à idade adulta alternativos, preservando apenas o simbolismo, mas não provocam quaisquer ferimentos. No entanto, o sucesso desta abordagem depende inteiramente dos motivos que levam cada comunidade a executar MGF, não sendo útil quando o objetivo é, por exemplo, retirar prazer sexual à mulher.^{16,64,72}

Outra estratégia proposta é garantir outras fontes de rendimento aos excisadores tradicionais, para que deixem de realizar MGF. Esta tradição torna-se um negócio lucrativo, pelo que é difícil convencê-los a abandonar a prática e, mesmo quando se consegue, facilmente são substituídos por outros.⁶⁸

Os profissionais têm, para além da intervenção em mulheres submetidas a MGF, um papel essencial na prevenção de novas vítimas. Devem, por isso, conhecer a legislação no seu país, informar as suas pacientes e as respetivas famílias das implicações futuras da MGF, nunca recusar cuidados de saúde a mulheres mutiladas.^{11,57}

Por fim, é de realçar que o último pilar, a educação, é o mais importante, não só na erradicação da MGF, mas de toda e qualquer manifestação de desigualdade e discriminação baseada no sexo. Educar permite aos indivíduos analisar os seus próprios valores e crenças de uma forma crítica e pode ser feito através de sessões educativas interativas, que não pretendem ser apenas uma passagem de informação, mas uma troca de experiências, partilha e diálogo.⁷¹ Por interferir com as raízes e valores de cada indivíduo, este é, também, o pilar mais difícil de conquistar.

Para as estratégias terem sucesso, devem envolver toda a comunidade em simultâneo, de forma a eliminar o fator pressão social, e culminando com o compromisso coletivo de não submeter mais raparigas a MGF.^{7,70} Uma família não vai abandonar a prática se outras famílias não o fizerem. Da mesma forma, é necessário que uma primeira comunidade expresse publicamente a sua decisão, de forma explícita e manifesta. A partir daí, deve espalhar a mensagem e influenciar as comunidades vizinhas,⁶⁹ levando-as também a declarar o seu abandono. A pressão social que perpetuaria a continuação da prática pode ser agora usada para o efeito contrário, aumentando o consenso e sustentabilidade da nova norma social que rejeita a MGF.^{66,70}

As escolas são também um local ideal para transmitir a informação, sendo os jovens agentes importantes de mudança, e é importante fazê-lo quer a raparigas quer a rapazes, desde que seja criado um ambiente de confiança, segurança e abertura.⁷

Atualmente, mesmo com a implementação de inúmeros programas de erradicação no mundo inteiro, esta tem sido lenta.^{7,71,73} Desafios que perturbam a erradicação incluem a falta de protocolos e *guidelines* para os profissionais de saúde, treino insuficiente, falta de envolvimento por parte do setor da saúde, ausência de legislação ou de concretização das mesmas.^{57,61} Também o crescimento populacional das comunidades praticantes em comparação com as restantes contribui para que a prevalência diminua a um ritmo lento.^{1,8,20,21}

É, por isso, fundamental avançar para o próximo passo: analisar o impacto e a eficácia das medidas e estratégias já postas em prática na erradicação da MGF.^{6,59,68,74} Atualmente, são ainda escassos os estudos que fazem esta avaliação, e os que existem, não têm qualidade suficiente, pelo que é essencial que novos sejam realizados urgentemente, para que, ao observar organizações e países com maior sucesso na erradicação, se possa

compreender quais as estratégias que funcionam e devem ser adotadas, e quais devem ser abandonadas.^{6,59,68,74}

XII. Em Portugal

Em Portugal, foram registados, entre 2011 e 2014, 5 246 casos de mulheres em idade fértil submetidas à prática, a grande maioria com origem na Guiné-Bissau e a residir na região de Lisboa e Vale do Tejo.^{6,75} O procedimento foi realizado quase sempre no país de origem, em meninas com uma média de idades de 7,1 anos.⁷⁵

A prática de MGF é especificamente considerada um crime desde 2015, de acordo com o Artigo 144º A do *Código Penal*,⁷⁶ que estipula uma pena de prisão de 2 a 10 anos a quem “mutilar genitalmente, total ou parcialmente, pessoa do sexo feminino através de clitoridectomia, de infibulação, de excisão ou de qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino por razões não médicas” e uma pena de até 3 anos a suspeitos de atos preparatórios do procedimento. Trata-se de um crime público, pelo que não é necessário a rapariga apresentar queixa para que seja iniciado um processo.⁷⁶

O combate à MGF no país iniciou-se oficialmente em 2003, através do II Plano Nacional contra a Violência Doméstica, tornando-o um dos primeiros países da União Europeia a ter um programa de erradicação da MGF. Este programa baseia-se nos princípios internacionais e é implementado pelos órgãos administrativos dos concelhos com maior prevalência.^{75,76} Pressupõe que os profissionais de saúde devem ser formados e treinados para a MGF, devem educar os seus pacientes, reportar quando suspeitam que a família planeia submeter a rapariga ao procedimento ou denunciar quando o mesmo já sucedeu.^{57,75} Para além disso, devem prestar todos os cuidados de saúde, e acompanhamento, apesar de a disponibilidade de serviços de saúde em Portugal ser incompleta: apenas a defibulação e a terapia psicológica estão incluídas nas normas de orientação, mas não o aconselhamento sexual nem a reconstrução clitoriana.^{57,75}

XIII. Conclusão

As consequências que a MGF acarreta consigo ultrapassam em larga escala as complicações para a saúde ginecológica ou obstétrica das vítimas. Afetam também a sua saúde mental e vida sexual, levando a que as mulheres submetidas a MGF experienciem uma qualidade de vida francamente aquém do desejável.

A erradicação desta prática torna-se, deste modo, urgente e, apesar das múltiplas estratégias implementadas até ao momento, tem sido lenta e dificultada pela carga que os valores culturais e sociais exercem nas comunidades praticantes e pela ineficiência dos governos em por em prática as suas medidas. Não basta criar protocolos para os diferentes agentes responsáveis pela proteção e prevenção da MGF se estes não conhecem esta prática ou o seu contexto. Da mesma forma, não chega criminalizar a MGF, se, na realidade, a maioria dos processos abertos não culminam na perseguição dos suspeitos. Os profissionais de saúde têm um papel extremamente importante, não só pela sua capacidade de intervenção, mas porque lhes cabe a eles o dever de dizer “não” à medicalização da MGF, cada vez mais frequente na atualidade.

Os estudos atualmente publicados convergem numa mesma conclusão: é necessário fazer uma avaliação de qualidade das estratégias de erradicação da MGF. É preciso analisar o que funciona e o que não funciona, observar os programas bem-sucedidos e tomá-los como exemplo, aplicando neles os recursos humanos e financeiros disponíveis.

Essa tarefa complica-se ainda mais, tendo em conta que, nas comunidades em que se pratica MGF também outros costumes e tradições, como o casamento precoce e forçado, a dependência da mulher em relação ao pai ou marido, a objetificação do corpo feminino e a falta de liberdade e autonomia das mulheres, são uma realidade.

Assim, os programas para a eliminação da MGF devem integrar-se num conjunto de medidas muito mais complexo, que visa eliminar todas as ameaças aos direitos das crianças, das mulheres e aos direitos humanos e promover o empoderamento feminino. Os objetivos devem passar, não por proibir as comunidades de continuarem a prática, mas levar a que deixem de o querer fazer. Para isso, tem de haver um diálogo inclusivo, no qual o respeito intercultural é essencial para que as comunidades se tornem abertas a novas perspetivas. Quando essa capacidade de diálogo existir, os programas de erradicação da MGF e de outras tradições prejudiciais atingirão o seu sucesso.

XIV. Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Margarida Dias e à Doutora Joana Oliveira pela forma como ensinaram e transmitiram o seu conhecimento relativo à área de Ginecologia, durante a minha frequência da disciplina. Foi, sem dúvida, um incentivo para a minha decisão em realizar o Trabalho Final acerca de um tema nesta área. Para além disso, o entusiasmo, o rigor e a dedicação com que me ajudaram foram uma mais-valia para a facilidade e fluidez da execução deste Trabalho.

Aos meus amigos agradeço a presença e apoio ao longo destes seis anos. O curso de Medicina não se faz sozinho. Se chegamos aqui são, foi muito graças à nossa união, mantida até ao fim.

À minha família agradeço por, apesar das dificuldades e desafios, serem extremamente presentes e constituírem uma rede sempre pronta a amparar as minhas quedas. Mas em especial aos meus pais, que desde cedo me incentivaram a querer aprender sobre o visível e o invisível aos olhos. Talvez por isso me tenha dedicado tanto a conhecer e explorar outros sítios e outras realidades e a interessar-me pelos direitos humanos, especialmente os das mulheres. E chegado à escolha deste tema.

Por fim, embora possa parecer estranho, agradeço ao compositor Hans Zimmer, que não me conhece nem contribuiu diretamente para este trabalho, mas cuja obra me acompanha desde a minha decisão de entrar no curso de Medicina e reforçou a minha crença de que a Música é essencial na construção do nosso “eu”.

XV. Bibliografia

1. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a global concern. Geneva: UNICEF; 2016.
2. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Factors Promoting and Hindering the Practice of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C); 2010.
3. Mpinga EK, Macias A, Hasselgard-Rowe J, et al. Female genital mutilation: A systematic review of research on its economic and social impacts across four decades. *Glob Health Action*. 2016;9(1):1-12.
4. Refaei M, Aghababaei S, Pourreza A, Masoumi SZ. Socioeconomic and reproductive health outcomes of female genital mutilation. *Arch Iran Med*. 2016;19(11):805-811.
5. Balfour J, Abdulcadir J, Say L, Hindin MJ. Interventions for healthcare providers to improve treatment and prevention of female genital mutilation : a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016:1-6.
6. Baillot H, Murray N, Connelly E, Howard N. Addressing female genital mutilation in Europe: a scoping review of approaches to participation, prevention, protection, and provision of services.
7. OMS. Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Lisboa, APF (Tradução e ed.2009) IPAD. 2008.
8. Sweileh WM. Bibliometric analysis of literature on female genital mutilation: (1930-2015) *Female genital mutilation*. *Reprod Health*. 2016;13(1):1-13.
9. Chaker A, Messaadi N, Mutilation génitale féminine - l'excision. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie da la Reproduction* 2010; 39, 81-82.
10. WHO. FGM key facts, [documento da Internet]. WHO; 2018 [consultado a 10/09/2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
11. WHO. Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneve: WHO; 2018.
12. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation : A Cross-Sectional Study. *J Sex Med*. 2016;13(2):226-237.

13. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapsenteret nr 13–2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
14. WHO. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva: World Health Organisation; 2016.
15. Vogt S, Efferson C, Fehr E. The risk of female genital cutting in Europe: Comparing immigrant attitudes toward uncut girls with attitudes in a practicing country. *SSM - Popul Heal.* 2017;3:283-293.
16. Pashaei T, Ponnet K, Moeeni M, Khazaee-Pool M, Majlessi F. Daughters at risk of female genital mutilation: Examining the determinants of mothers' intentions to allow their daughters to undergo female genital mutilation. *PLoS One.* 2016;11(3):1-12.
17. Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration. New York, UNICEF, 2005.
18. WHO. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). 2011:1-8. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/who_rhr_11.18_eng.pdf.
19. Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, Almroth L. A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2006;113(4):469-474.
20. Rm ST, Dawson A, Hons BA, Ao CSEH. Maternity care experiences and health needs of migrant women from female genital mutilation – practicing countries in high-income contexts : A systematic review and meta- synthesis. 2019; (February 2018):3-14.
21. Varol N, Dawson A, Turkmani S, et al. Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006–2012: a descriptive study. 2016:1-10.
22. Okomo U, Ogugbue M, Inyang E, Meremikwu MM. Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;136:38-42.
23. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2014;4(11):1-12.
24. Okwudili OA, Chukwudi OR. Urinary and genital tract obstruction as a complication of female genital mutilation: Case report and literature review. *J Surg Tech Case Rep.* 2012;4(1):64-66.

25. Osifo DO, Evbuomwan I. Female genital mutilation among Edo people: the complications and pattern of presentation at a pediatric surgery unit, Benin City. *Afr J Reprod Health*. 2009;13(1):17-25.
26. Ezebialu I, Okafo O, Oringanje C, et al. Surgical and nonsurgical interventions for vulvar and clitoral pain in girls and women living with female genital mutilation : A systematic review. 2017;136:34-37.
27. Berg, Rigmor C, Underland V. Gynecological consequences of female genital mutilation/cutting (FGM / C). *Nor Knowl Cent Heal Serv*. 2012;(11):121.
28. Abdulcadir J, Tille JC, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod Health*. 2017;14(1):1-7.
29. David O, Fwacs O. Post Genital Mutilation Giant Clitoral Epidermoid Inclusion Cyst in Benin City, Nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(6):336-340.
30. Ozturk MK, Zindanci I, Zemheri E, Çakir C. The largest epidermal cyst with vitiligo lesions following female genital mutilation: A case report and literature review. *Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica Adriat*. 2018;27(4):211-213.
31. Berg RC, Fretheim A, Underland V, Vist G. An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation / Cutting. 2014.
32. Adam T, Bathija H, Bishai D, Bonnenfant Y, Darwish M. Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries. 2010;367(January):281-288.
33. Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation : a secondary analysis. 2016:1-7.
34. Théra T, Kouma A, Touré M, Coulibaly A, Sima M, Ongoiba I, Sagara A, Maiga B. Complications obstétricales des mutilations génitales en milieu rural in malien. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*; 2015: 44, 276-279.
35. Frega A, Puzio G, Maniglio P, et al. Obstetric and neonatal outcomes of women with FGM i and II in San Camillo Hospital, Burkina Faso. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(3):513-519.
36. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, Stadlmayr W, Surbek D V, Kuhn A. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. 2009:1204-1209.
37. Rodriguez MI, Say L, Abdulcadir J, Hindin MJ. Clinical indications for cesarean delivery among women living with female genital mutilation. 2017;(July):21-27.

38. Brown E, Carroll J, Fogarty C, Holt C. "They Get a C-Section. They Gonna Die": Somali Women's Fears of Obstetrical Interventions in the United States. *J Transcult Nurs.* 2010;21(3):220-227.
39. WHO. Policy brief Effects of female genital mutilation on childbirth in Africa Policy brief. *Health R:* 2006.
40. Madzou S, Ouédraogo CMR, Gillard P, et al. Reconstructive surgery of the clitoris after sexual mutilation. *Ann Chir Plast Esthet.* 2011;56(1):59-64.
41. Esu E, Udo A, Okusanya BO, Agamse D, Meremikwu MM. Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation : A systematic review and meta-analysis. 2017;136:21-29.
42. Ismail SA, Abbas AM, Habib D, Morsy H, Saleh MA, Bahloul M. Effect of female genital mutilation/cutting; Types i and II on sexual function: Case-controlled study. *Reprod Health.* 2017;14(1):1-6.
43. Adam T, Bathija H, Bishai D, Bonnenfant Y, Darwish M. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. 2010;(January):281-288.
44. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril.* 2010;93(3):722-724.
45. Esho T, Kimani S, Nyamongo I, et al. The "heat" goes away: Sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya. *Reprod Health.* 2017;14(1):1-9.
46. Johansen REB. Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reprod Health.* 2017;14(1):1-12.
47. El-defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Amany H, Eyada M. Female Genital Mutilation and its Psychosexual Impact. 2015;0715 (November).
48. Owojuyigbe M, Bolorunduro ME, Busari D. Female genital mutilation as sexual disability: Perceptions of women and their spouses in Akure, Ondo State, Nigeria. *Reprod Health Matters.* 2017;25(50):80-91. doi:10.1080/09688080.2017.1331685
49. Buggio L, Facchin F, Chiappa L, Barbara G, Brambilla M, Vercellini P. Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. *Heal Equity.* 2019;3(1):36-46.
50. Mulongo P, Mcandrew S, Hollins Martin C. Crossing borders: Discussing the evidence

- relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(4):296-305.
51. Adelufosi A, Edet B, Arikpo D, Aquaisua E, Meremikwu MM. Cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder, depression, or anxiety disorders in women and girls living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136:56-59.
 52. Köbach A, Ruf-Leuschner M, Elbert T. Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1-12.
 53. United Nations Children's Fund. The dynamics of social change: towards the abandonment of female genital mutilation/ cutting in 6 African countries. Florence: Innocenti Research Institute. 2010.
 54. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. 2017;(type I):278-287.
 55. Zurynski Y, Sureshkumar P, Phu A, Elliott E. Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(1):1-18.
 56. Effa E, Ojo O, Ihesie A, Meremikwu MM. Deinfibulation for treating urologic complications of type III female genital mutilation : A systematic review. 2017;136:30-33.
 57. Johansen REB, Ziyada MM, Shell-Duncan B, Kaplan AM, Leye E. Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-13.
 58. Doucet MH, Pallitto C, Groleau D. Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature. *Reprod Health*. 2017;14(1):46.
 59. WHO. Understanding and addressing violence against women. WHO:2012;1:12.
 60. Khosla R, Banerjee J, Chou D, Say L, Fried ST. Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation : a review of international human rights norms and standards. 2017:1-9.
 61. WHO. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva WHO; 2010:27.

62. WHO. Female genital mutilation—new knowledge spurs optimism. 2006;(72):8.
63. Mohamad S, Thabet A, Thabet ASMA. Defective sexuality and female circumcision : The cause and the possible management. 2003:12-19.
64. Williams-Breault BD. Eradicating Female Genital Mutilation / Cutting: Human Rights-Based Approaches of Legislation, Education, and Community Empowerment. Health and Human Rights Journal. 2018 Dec;20(2):223-233.
65. Muteshi JK, Miller S, Belizán JM. The ongoing violence against women : Female Genital Mutilation / Cutting. Reprod Health. 2016:1-4.
66. UNICEF. Legislative reform to support the abandonment of female genital mutilation/cutting. New York: UNICEF; 2010.
67. WHO. Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery: a teacher's guide. Geneva: World Health Organization; 2001.
68. WHO. Female Genital Mutilation programmes to date: what works and what doesn't Policy brief. Geneva: WHO; 2011; WHO/RHR/11.36
69. UNICEF. Changing a harmful social convention: Female genital mutilation/Cutting. Innocenti Digest. Florence: UNICEF,2007.
70. Edouard E, Olatunbosun O, Edouard L, Louis P. International efforts on abandoning female genital mutilation. African J Urol. 2013;19(3):150-153.
71. WHO. Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement, Geneva: World Health Organization; 2008.
72. Graamans E, Zolnikov T, Smet E, et al. Lessons learned from implementing alternative rites in the fight against female genital mutilation/cutting. Pan Afr Med J. 2019;32(59):1–12.
73. Shetty, P. Slow progress in ending female genital mutilation. Bull. World Health Organ. 2014, 92, 6–7.
74. Berg RC, Denison E. Effectiveness of interventions designed to pre-vent female genital mutilation/cutting: a systematic review. Studies in Family Planning 2012;43(2):135–46.
75. Câmara Municipal da AMADORA. Protocolo Integrado para a Intervenção na MGF/C. 2019.

76. Diário da República Eletrónico.Código Penal. Decreto-Lei n.º 48/95, Artigo 144º-A.
Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230200/73474046/diploma/indice> [Consultado a 03/12/2019]