

Mutilação Genital Feminina **Uma perspetiva médica holística**

Catarina Ribeiro Fernandes Gomes Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Professor Doutor José Alberto Fonseca Moutinho
Coorientadora: Dra. Inês Fernandes Tlemçani

março de 2022

Dedicatória

À minha avó, Maria do Carmo, pelo apoio incondicional e pelo exemplo de força e resiliência ao longo do curso.

Ao meu avô, António João, que teria o maior orgulho nesta conquista.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor José Moutinho, pela constante disponibilidade, prontidão e orientação para o desenvolvimento desta dissertação.

À minha co-orientadora Dra. Inês Tlemçani pelo exemplo, motivação e apoio ao longo de toda esta etapa.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e à *Charles University of Prague in Pilsen*, pelo contributo na minha formação profissional e pessoal durante o curso.

Um especial agradecimento aos meus pais pelo esforço, dedicação e preocupação que tiveram sempre para comigo, e aos meus irmãos, por caminharmos juntos.

Ao Hugo, pela paciência, serenidade e confiança quando mais precisei.

Aos meus colegas e amigos, por todo o companheirismo e amizade ao longo destes quatro anos.

Resumo

Introdução: A Mutilação Genital Feminina, ou MGF, coloca em risco, todos os anos, mais de dois milhões de mulheres. Torna-se, por isso, necessário erradicar esta prática que a ONU considera uma violação dos Direitos Humanos.

Objetivos: A presente dissertação teve por foco principal o levantamento das possíveis complicações resultantes da MGF. Pretendeu-se reunir informação que permita identificar os casos de MGF, abordar clinicamente as suas consequências imediatas ou de longo prazo e contribuir para a sua prevenção e erradicação.

Metodologia: A presente monografia foi desenvolvida com base numa pesquisa bibliográfica realizada entre os meses de fevereiro e setembro de 2021 nas plataformas PubMed, ScienceDirect (Elsevier) e RCAAP.

Resultados e Conclusões: Foram identificadas as principais complicações resultantes da MGF que se podem agregar nos tipos genito-urinários, obstétricos, psicológicos e sexuais. Concluiu-se que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na prevenção da MGF, que deve assentar em cinco pilares: criação de legislação, estabelecimento de diretrizes de orientação clínica, investigação, educação, e intervenção comunitária.

Palavras-chave

Mutilação Genital Feminina; Complicações e Consequências; Cuidados de Saúde; Aspectos Socioculturais.

Abstract

Introduction: Female Genital Mutilation, or FGM, puts more than two million women at risk every year. It is, therefore, necessary to eradicate this practice that the UN considers a violation of Human Rights.

Objectives: This dissertation had as its main focus the survey of possible complications resulting from FGM. The aim was to gather information to identify FGM cases, clinically address its immediate or long-term consequences and contribute to its prevention and eradication.

Methodology: This monograph was developed based on a literature review carried out between February and September 2021 on the platforms PubMed, ScienceDirect (Elsevier) and RCAAP.

Results and Conclusions: The main uro-gynecological, obstetric, psychological and sexual complications resulting from FGM were identified. It was concluded that health professionals play a fundamental role in the prevention of FGM, which must be based on five pillars: creation of legislation, establishment of clinical guidelines, research, education, and community intervention.

Keywords

Female Genital Mutilation; Health Consequences and Complications; Health care; Socio-cultural Aspects.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	vii
Abstract	ix
Keywords	ix
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1 Conceito da Mutilação Genital Feminina	1
1.2 Contextualização Histórica	2
1.3 Dinâmica cultural e social	3
1.4 Incidência e prevalência mundial	5
1.5 Situação em Portugal	9
1.5.1 Caracterização da situação	9
1.5.2 Criminalização da prática e legislação portuguesa	11
2. Objetivos	13
3. Metodologias	13
4. Resultados e Discussão	15
4.1 Terminologia e tipos de MGF	15
4.2 Descrição da prática da MGF	18
4.3 Tipos de Complicações	21
4.3.1 Complicações genito-urinárias	21
4.3.2 Complicações obstétricas	23
4.3.3 Complicações psicológicas	24
4.3.4 Complicações do foro sexual	25
4.4 Métodos de Diagnóstico	27
4.5 Intervenções Terapêuticas	28
4.6 Prevenção da MGF	31
4.6.1 Medidas gerais de prevenção	31
4.6.2 Programas de Ação para Eliminação da MGF	33

5. Conclusões e perspectivas futuras	37
6. Referências	41

Lista de Figuras

- Figura 1 – Prevalência de MGF em mulheres entre os 15-49 anos, 2004-2020
- Figura 2 – Percentagem de mulheres entre os 0 e 14 anos que foram submetidas à MGF, 2004 – 2015
- Figura 3 – Percentagem de mulheres entre os 15 e 49 anos que foram submetidas à MGF, 2004-2015
- Figura 4 – Percentagem de mulheres entre os 15-49 anos que conhecem o conceito de MGF e que pensam que esta prática deveria acabar, 2004-2020
- Figura 5 – Percentagem de mulheres entre os 15-19 anos que sofreram MGF, 2004-2018
- Figura 6 – Tipos e subtipos de MGF
- Figura 7 – MGF do tipo IIIb
- Figura 8 – Neuroma do clitóris
- Figura 9 – Quisto de inclusão epitelial
- Figura 10 – Anatomia do clitóris
- Figura 11 – Esquema do procedimento de de-infibulação

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Número de mulheres residentes em Portugal provenientes de países praticantes e prevalência da MGF por distrito

Lista de Acrónimos

APF	Associação para o Planeamento da Família
CGF	Corte Genital Feminino
DGS	Direção Geral de Saúde
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
ITR	Infeção do Trato Reprodutivo
ITU	Infeção do Trato Urinário
MGF	Mutilação Genital Feminina
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
UBI	Universidade da Beira Interior
UE	União Europeia

1. Introdução

1.1 Conceito da Mutilação Genital Feminina

A Mutilação Genital Feminina consiste na remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou na lesão dos mesmos, por razões não médicas (1). Estima-se que entre 100 e 200 milhões de mulheres tenham sido vítimas de mutilação genital e que, pelo menos, 2 milhões de mulheres estejam anualmente em risco de sofrer este tipo de procedimento (2)(3).

A expressão “mutilação genital feminina” começou a ser usada na década de 70 do séc. XX, tendo, em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendado à Organização das Nações Unidas (ONU) a sua utilização. A expressão reforça o facto de que a prática é uma grave violação dos direitos das mulheres e estabelece uma distinção clara face à circuncisão masculina, enfatizando a gravidade e nocividade do ato (4)(5). A partir dessa altura, aquela expressão passou a ser normalmente utilizada nos documentos referentes ao tema (6).

A Mutilação Genital Feminina ocorre essencialmente em 30 países, nomeadamente na África Subsariana, Médio Oriente e Ásia, mas também em diversos países trazida pelos imigrantes oriundos daquelas regiões (7). Em termos socioculturais, esta prática tem fortes raízes ancestrais, estando associada a conceitos e valores tais como identidade étnica, feminilidade, pureza e virgindade, honra familiar, higiene e aptidão para o casamento (8). Em determinadas regiões, pode igualmente consistir num ritual de passagem para a idade adulta (9).

A Mutilação Genital Feminina, praticada maioritariamente antes da menarca, entre os sete dias de idade e a pré-adolescência, provoca graves consequências para a saúde física e mental das mulheres, sendo reconhecida internacionalmente como uma violação dos Direitos Humanos (3). Essas consequências incluem complicações genito-urinárias e obstétricas diretas do afligimento, além do maior risco de transtornos psicológicos e distúrbios sexuais (8).

As mulheres que foram submetidas à mutilação, necessitam de assistência médica especializada para reduzir os riscos e complicações a curto e longo prazo (3). Assim, a monografia proposta tem como objetivo proceder a uma revisão da literatura sobre a Mutilação Genital Feminina numa perspectiva médica holística. Serão abordadas as consequências desta prática, com foco na apresentação clínica, na abordagem diagnóstica e na prevenção.

1.2 Contextualização Histórica

A origem da MGF não é consensual entre os investigadores que trabalham este tema (10)(11)(12). Existem indícios de que a MGF seja praticada há mais de 3000 anos, tendo surgido no Vale do Nilo, no Antigo Egito (13)(14), teoria que encontra respaldo em análises forenses realizadas nas múmias egípcias (15). A MGF disseminou-se, mais tarde, a partir do Egito, sendo fatores determinantes para tal as migrações, as relações com comerciantes de outras regiões e os casamentos arranjados entre tribos nômadas árabes (6).

No entanto, alguns especialistas defendem a tese de que esta prática já existia na Roma e Grécia antigas (6)(11)(12), há cerca de 5000 anos, onde era realizada principalmente para evitar gravidezes indesejadas das escravas (11)(14). Outras teorias sugerem ainda que se terá iniciado com a expansão do Islão para algumas regiões da África Subsariana. Outras ainda sustentam que a MGF teve origem em grupos étnicos específicos da África Subsariana e como parte integrante dos ritos da puberdade (6).

Na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, a clitoridectomia foi praticada para tratar doenças como histeria, epilepsia, distúrbios mentais, masturbação, ninfomania e melancolia na década de 1950, uma teoria que acabou por ser desacreditada e abandonada (11)(12)(16).

A MGF é praticada no contexto de diferentes religiões, incluindo a Católica, a Judaica e a Muçulmana, com maior prevalência nesta última (13)(15). A ligação entre a religião e a MGF terá surgido de uma interpretação incorreta ou dúbia de um dos episódios da vida de Abraão, profeta das três religiões monoteístas (14)(17). Abraão casou com Sara, que era infértil e que, por esse motivo, sugeriu que ele tomasse outra mulher que lhe pudesse dar descendentes. Abraão acabou por tomar Agar, uma escrava egípcia, que engravidou. Existem várias versões do fim da história, para além da “oficial” que consta do Antigo Testamento, em Génesis, 16. Segundo a versão que sustenta a MGF, Sara, apercebendo-se do interesse crescente de Abraão por Agar, virou a sua ira contra a escrava, mutilando o seu órgão sexual (15). A partir desta versão, ter-se-á inferido, de alguma forma, que o prazer feminino estava associado a uma ausência de virtude e que, por isso, a mulher devia ser protegida das tentações do prazer sexual através da excisão dos seus órgãos genitais. Apesar de não existir nenhuma referência a este episódio em nenhum dos três livros sagrados – a Bíblia, a Tora e o Alcorão (15)(18) – o mesmo parece servir de suporte à perpetuação da prática da MGF associada a preceitos religiosos, principalmente islâmicos (4)(17)(19).

A divulgação da inexistência de referências explícitas e inequívocas a esta versão daquele episódio, nos livros sagrados das religiões monoteístas, em particular do Islão, será uma condição necessária para combater a continuação da prática da MGF (15)(20). Efetivamente, é através da manipulação do conhecimento insuficiente do Alcorão que a MGF continua a encontrar na religião um dos maiores aliados para a sua perpetuação (15).

1.3 Dinâmica cultural e social

A MGF é um problema global (2)(3), não sendo praticada apenas em África e no Médio Oriente, mas também em comunidades imigrantes, incluindo nos países industrializados. A disseminação geográfica da MGF foi, em larga medida, promovida pelo aumento do fluxo migratório e de refugiados oriundos de países onde a MGF é prática comum (1)(13). A MGF ocorre, essencialmente, em 30 países (1)(21), sendo mais prevalente, atingindo cerca de 90% da população feminina, na Somália, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Serra Leoa, Sudão, Gâmbia e Egito (22)(23). As zonas onde a MGF é mais praticada entre as comunidades imigrantes são a Ásia (Indonésia, Sri Lanka, Índia e Malásia), Pacífico (Austrália), Europa (Inglaterra, Holanda, Suécia, França, Portugal e Itália) e América (Canadá, Estados Unidos da América) (10)(13).

As taxas de prevalência da MGF dependem de fatores sociais e demográficos tais como a idade, educação, religião, etnia e rituais (23)(24). As razões pelas quais a MGF é realizada variam de uma região para outra, bem como ao longo do tempo, e incluem uma mistura de fatores socioculturais dentro das famílias e comunidades (1). Os principais motivos para a realização de MGF estão associados à aptidão para o casamento, à aceitação social, ao resguardar da virgindade, à supressão do desejo sexual e ao cumprimento de preceitos religiosos (3)(25).

A MGF é frequentemente considerada uma parte necessária da educação adequada de mulheres jovens e uma forma de as preparar para a vida adulta e para o casamento (3). Para além disso, é motivada por crenças sobre o que é considerado comportamento sexual adequado, vinculando os procedimentos à virgindade pré-marital e à fidelidade conjugal (26)(27). Em muitas comunidades, acredita-se que a MGF, reduzindo a libido de uma mulher, a ajuda a resistir a atos sexuais "ilícitos"(28). Por outro lado, a MGF está associada a ideais culturais de feminilidade e modéstia, que incluem a noção de que as meninas ficam "limpas" e "bonitas" após a remoção de partes do corpo consideradas "masculinas" ou "impuras" (1)(3).

A pressão social tem sido apontada como uma das principais razões para a continuação da prática da MGF (1)(28). O seu incumprimento acarreta consequências ao nível social tais como estigma, exclusão da comunidade, discriminação e rejeição, isolamento devido à inaptidão para o casamento e constrangimento familiar (3). Por estes motivos, mesmo quando existe consciência dos riscos da MGF para a saúde, prevalece normalmente a pressão social, dando aso à perpetuação da prática da MGF (18)(29), que garante, assim, a proteção da honra e do estatuto social (29).

Paradoxalmente, a MGF é normalmente promovida por mulheres mais idosas que, apesar de terem sido vítimas dessa “tradição”, acabam por legitimá-la, considerando-se mesmo obrigadas a dar-lhes continuidade enquanto suas guardiãs. De acordo com algumas teorias feministas, este facto traduz, precisamente, a posição das mulheres nestas comunidades e a sua subjugação a um sistema que é, intrinsecamente, opressivo (6)(10)(15)(30).

Por seu lado, os homens têm também um papel significativo na perpetuação desta prática pelo facto de a aprovarem enquanto pais, maridos e líderes comunitários e religiosos (27). Por exemplo, os homens recusam-se a casar com mulheres não cortadas, acreditando que estas possam ser, tendencialmente, menos fiéis. Apesar de os homens reconhecerem o impacto negativo da MGF nas relações sexuais conjugais, essas preocupações não se sobrepõem ao seu desejo de garantir a fidelidade e o controlo sobre as suas esposas (27). O apoio ou a oposição dos homens ao abandono desta prática depende do seu nível de escolaridade, idade, conhecimento dos riscos da MGF, etnia, religião e contacto com outras culturas (14)(30).

A migração para países mais desenvolvidos, cuja cultura é oposta à prática da MGF, pode igualmente facilitar o seu abandono. Nestas comunidades migrantes, é aliviada a pressão social para praticar a MGF, dado que deixa de ser condição necessária para que as mulheres estejam aptas a contrair matrimónio. Por outro lado, nestes países, para além da MGF ser normalmente uma prática criminalizada, existem campanhas de sensibilização dirigidas a estas comunidades imigrantes para a sua abolição (24)(27).

1.4 Incidência e prevalência mundial

Como atrás referido, estima-se que entre 100 e 200 milhões de mulheres tenham sido vítimas de mutilação genital e que, pelo menos, 2 milhões de mulheres estejam anualmente em risco de sofrer este tipo de procedimento (2)(3), ou seja, aproximadamente 8 mil por dia (10).

Esta prática ocorre essencialmente em cerca de 30 países africanos e da Península Arábica (Fig. 1b), como Somália, Guiné, Djibouti, Serra Leoa, Mali, Egito, Sudão, Eritreia, Burquina Faso, Gâmbia, Etiópia, Mauritânia, Libéria, Guiné-Bissau, Chade, Costa de Marfim, Nigéria, Senegal, República Centro-Africana, Quênia, Iémen, Benin, Iraque, Togo, Gana, Nigéria, Uganda e Camarões (2). A MGF é igualmente praticada no seio de comunidades imigrantes e de refugiados em todo o mundo (13), especialmente na Ásia (Indonésia, Sri Lanka, Índia e Malásia), Oceânia (Austrália), Europa (Inglaterra, Holanda, Suécia, França, Portugal e Itália) e América (Canadá, Estados Unidos da América) (Fig. 1a) (10)(30). Os dados referentes a alguns dos países referidos não aparecem na Fig. 1 (zonas a cinza) por não existirem, neste momento, dados credíveis e atualizados sobre os mesmos.

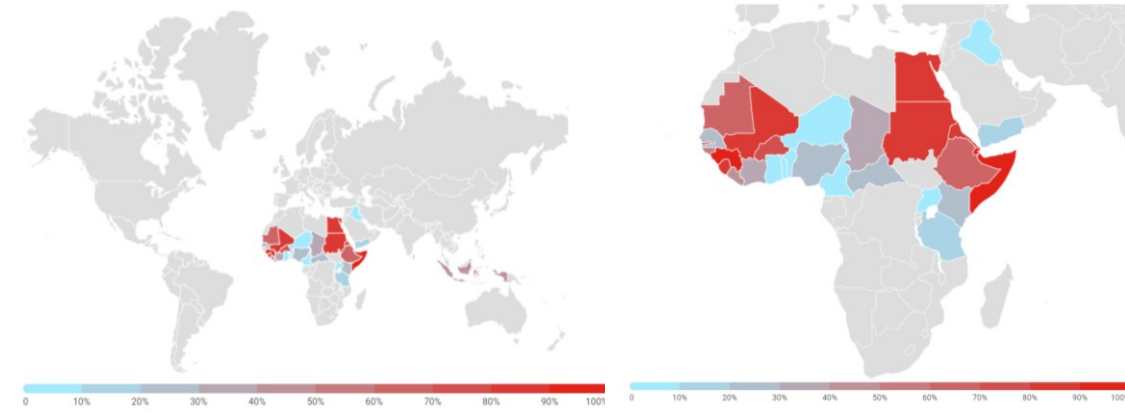


Fig 1.1 Prevalência mundial

Fig 1.2 Prevalência em África

Fig. 1 - Prevalência de MGF em mulheres entre os 15-49 anos, 2004-2020 (7)

Algumas das organizações internacionais que tratam esta questão, como a UNICEF, apoiam trabalhos de investigação em larga escala sobre o tema, disponibilizando os dados recolhidos. Estes trabalhos mostram, igualmente, que a prática da MGF está concentrada nos países africanos na faixa entre a costa atlântica e o corno de África, e ainda na região sudeste do continente, bem como em algumas zonas do Médio Oriente e em alguns países da Ásia, com grandes variações na respetiva prevalência (Figs. 2 e 3). Como mostram as Figs. 2 e 3, a prática é quase universal em países como a Somália,

Guiné, Djibouti e Serra Leoa, atingindo cerca de 90 por cento da população feminina, enquanto que nos Camarões e Uganda, por exemplo, não chega a afetar 1% da população feminina (2)(26). A comparação entre as Figs. 2 e 3, mostra, por exemplo, que a idade em que a MGF é praticada varia muito entre as diferentes comunidades.

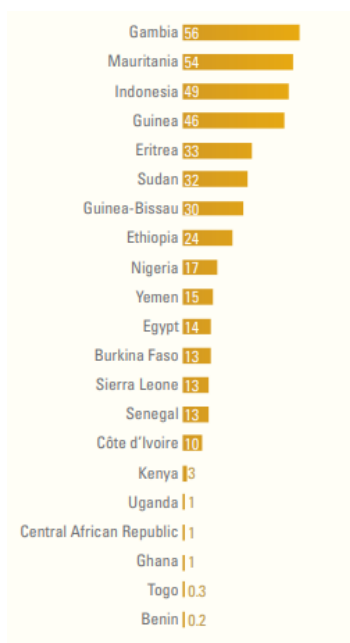


Fig. 2 - Percentagem de mulheres entre os 0 e 14 anos que foram submetidas à MGF, 2004 – 2015 (2)

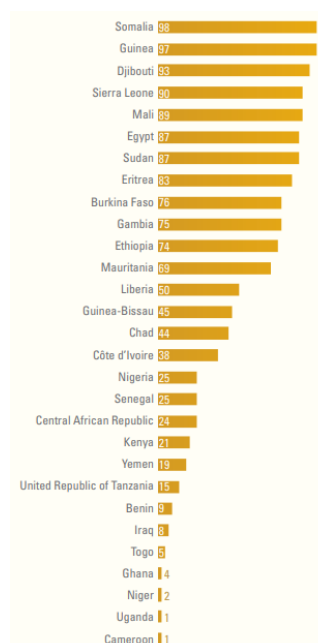


Fig. 3 - Percentagem de mulheres entre os 15 e 49 anos que foram submetidas à MGF, 2004-2015 (2)

Em consequência das diferenças culturais entre as regiões em que é encontrada, a MGF apresenta igualmente variações significativas na forma concreta como é realizada, nas circunstâncias que envolvem a sua prática e na dimensão dos grupos populacionais afetados (1)(7)(13).

A opinião das mulheres sobre a temática da MGF também varia amplamente entre os diferentes países (Fig. 4). Os países em que as mulheres mais apoiam esta prática são Mali, Somália, Guiné, Serra Leoa, Egito e Gâmbia, onde mais da metade da população feminina defende a sua perpetuação. No entanto, na maioria dos países da África e do Médio Oriente, a maioria das mulheres defende que esta prática deveria acabar (7).

Mutilação Genital Feminina. Uma perspectiva médica holística

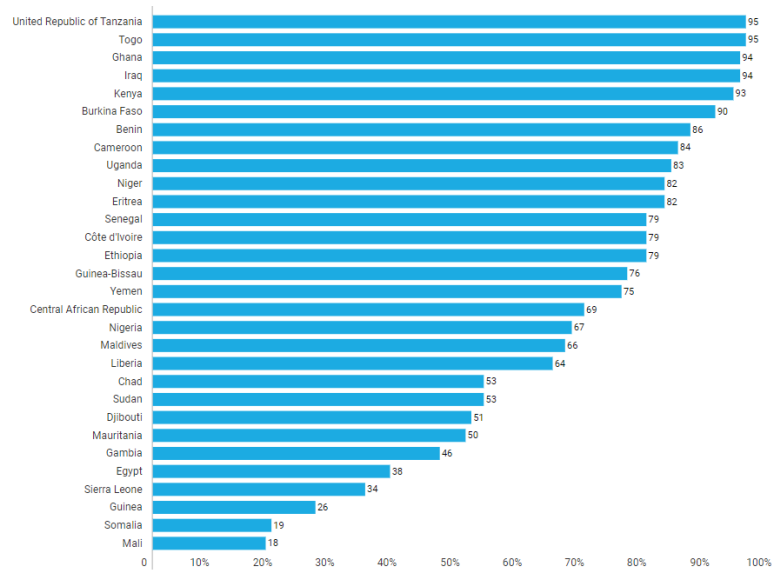


Fig. 4 - Percentagem de mulheres entre os 15-49 anos que conhecem o conceito de MGF e que pensam que esta prática deveria acabar, 2004-2020 (7)

No geral, a prática da MGF a nível mundial tem diminuído nas últimas três décadas (Fig. 5). Nos 30 países com dados de prevalência nacionalmente representativos, no final da década de 1980 cerca de 1 em cada 2 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos haviam sido submetidas à MGF, enquanto que, na atualidade, são afetadas por esta prática cerca de 1 em cada 3 mulheres. No entanto, o ritmo de erradicação da MGF tem sido irregular, verificando-se que, em alguns países, a sua incidência não apresentou uma diminuição sensível.

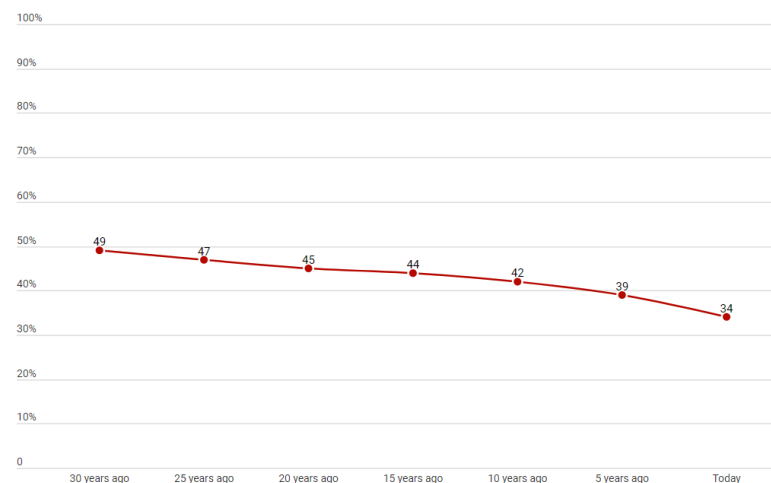


Fig. 5 - Percentagem de mulheres entre os 15-19 anos que sofreram MGF, 2004-2018 (7).

Os dados existentes mostram que não existe uma correlação entre a incidência da MGF e a taxa de decréscimo da mesma entre as meninas de 15 a 19 anos. De acordo com dados da UNICEF, o mais rápido decréscimo da prática ocorreu em países como o Burkina Faso, Egito, Quênia, Libéria e Togo, que, como mostram as Figs. 2 e 3, apresentam níveis de prevalência da MGF bastante diferentes entre si (7).

Apesar de se terem implementado alguns programas de intervenção para erradicação da MGF em diversos países de África e da Ásia, na maioria dos casos as taxas de prevalência não diminuíram significativamente. Os países em que se verificou um decréscimo mais expressivo da prática da MGF na população mais jovem (31) foram aqueles cujos governos adotaram medidas concretas contra a mutilação, mostrando que a implementação de políticas públicas adequadas é determinante.

Na União Europeia (UE), a prevalência e incidência de mulheres submetidas à MGF são desconhecidas. No entanto, com o aumento do número de crianças e mulheres que imigram para a UE a partir de países onde a MGF é praticada (24), pode-se inferir que o problema tenderá a crescer e deve, por isso, ser alvo de especial atenção. Em particular, deverá ser realizada uma recolha de dados atualizados sobre a extensão da MGF, acompanhar o seu progresso, e implementar políticas com vista à sua erradicação (30)(32).

1.5 Situação em Portugal

1.5.1 Caracterização da situação

Segundo a OMS, Portugal é considerado um país de risco no que diz respeito à MGF, devido ao crescente fluxo migratório de pessoas oriundas de países onde esta prática é comum (33)(34)(35). No entanto, sabe-se que, em face da condenação social da prática no nosso país, os dados existentes não traduzem de modo fiel a verdadeira dimensão do problema a nível nacional (34).

A Guiné-Bissau é a comunidade imigrante com maior número de mulheres excisadas residentes em território nacional, representando cerca de 90% do total, seguida pela Guiné Conacri, com aproximadamente 3%, e o Senegal, com 2% (36). Na Tabela 1, apresenta-se o número de mulheres provenientes de países praticantes residentes em Portugal e a prevalência da MGF por distrito.

Tabela 1 - Número de mulheres residentes em Portugal provenientes de países praticantes e prevalência da MGF por distrito (37).

Distritos	Mulheres residentes			Prevalência MGF		
	15-49 anos	50+ anos	Total	15-49 anos	50+ anos	Total
Lisboa	7 494	1 829	9 323	3 704	895	4 599
Setúbal	1 488	374	1 862	737	182	920
Faro	484	80	564	243	39	282
Porto	315	105	420	147	50	198
Aveiro	202	66	268	101	33	134
Coimbra	123	49	172	61	24	85
Braga	126	32	158	58	16	75
Leiria	80	38	118	41	18	59
Santarém	73	45	118	36	21	57
Madeira	36	5	41	18	2	20
Viseu	33	20	53	16	10	26
Açores	28	4	32	14	2	15
Castelo Branco	23	15	38	11	7	19
Beja	19	9	28	11	4	15
Évora	19	8	27	9	4	13
Bragança	18	16	34	9	9	18
Viana do Castelo	15	9	24	8	5	13
Vila Real	15	6	21	8	3	11
Guarda	15	1	16	7	1	8
Portalegre	11	7	18	5	3	9
Total	10 617	2 718	13 335	5 246	1 330	6 576

De acordo com o recenseamento da população de 2011 e com o estudo de prevalência realizado em 2015 pelo Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, residiam em território nacional cerca de 6576 mulheres submetidas à MGF, maioritariamente (92%) nos distritos de Lisboa, Setúbal, Faro e Porto (37). Dentro destes, observa-se uma maior prevalência nos distritos de Lisboa e Setúbal, representando cerca de 85% das mulheres submetidas a esta prática. No entanto, a sua distribuição dentro dos distritos não é uniforme, estando relacionada com a distribuição geográfica das comunidades imigrantes onde a MGF é praticada. Relativamente ao distrito de Lisboa, há uma maior prevalência desta prática no município de Sintra, seguida pelos municípios de Loures, Odivelas, Amadora e Lisboa. No distrito de Setúbal, destacam-se os municípios da Moita e do Seixal (38).

Os distritos de Faro e do Porto são aqueles que, a seguir a Lisboa e Setúbal, têm um maior número de mulheres que terão sido sujeitas a MGF. No entanto, os números são significativamente mais baixos, representando, os dois juntos, cerca de 7% do total de mulheres com mutilação genital. No distrito de Faro, os municípios que mais se destacam são Portimão, Albufeira, Faro e Loulé, por ordem decrescente de prevalência. Relativamente ao distrito do Porto, há uma maior concentração de mulheres mutiladas nos municípios de Vila Nova de Gaia e do Porto (38).

Segundo os dados recolhidos pela Direção Geral de Saúde (DGS) junto destas comunidades, a prática da MGF terá ocorrido fora de Portugal em todas as situações sinalizadas (36). Por um lado, ainda que tal possa ser verdade numa parte destas situações, deverão existir casos, em número indeterminado, da prática de MGF que não são assumidos devido à sua criminalização em território nacional. Além disso, a DGS alerta para a hipótese de crianças e mulheres jovens residentes em Portugal serem submetidas à MGF no período de férias escolares, quando regressam ao seu país de origem (34)(38).

No âmbito dos sucessivos Programas Nacionais para a eliminação da mutilação genital feminina em Portugal, tem existido um investimento significativo na formação de profissionais de saúde no sentido de reconhecer e dar resposta às situações encontradas e contribuir para a prevenção de novos casos. Por outro lado, o desenvolvimento de novas ferramentas, necessárias para o diagnóstico e registo dos dados, tal como a Plataforma de Dados da Saúde (PDS), permitirá obter uma visão mais holística desta prática nefasta, a nível nacional (38).

1.5.2 Criminalização da prática e legislação portuguesa

A MGF é proibida por lei em muitos países, incluindo alguns da África e do Oriente Médio (11). A legislação existente, no entanto, varia de país para país, havendo uns que restringem a MGF na sua totalidade, enquanto outros restringem apenas a “medicalização” da MGF, i.e., que a prática seja realizada por prestadores de cuidados de saúde (13)(35). Na maioria dos países africanos, a legislação contra a MGF envolve a proibição da prática sobre mulheres de qualquer faixa etária, enquanto em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, a criminalização restringe-se à prática sobre menores (11). Alguns países, por outro lado, penalizam apenas os circuncisadores, enquanto outros penalizam também as vítimas e quaisquer “cúmplices” que tenham conhecimento de que o procedimento foi realizado e não o denunciem (11). Apesar de tudo isso, a prática da MGF não reduziu significativamente, conforme se poderia esperar como resultado destes enquadramentos legais, porque na maioria dos casos não foram implementadas medidas no terreno que permitam alterar as crenças culturais e religiosas das comunidades, que estão na base da prática da MGF (11).

Portugal não tem legislação específica sobre a prática de MGF (13). No entanto, o Artigo 144º do Código Penal (Decreto-Lei 48/95 de 15 de março (39)) relativo à “Ofensa à integridade física grave” refere que “[privar um sujeito] *de importante órgão ou membro, ou (...) desfigurá-lo grave e permanentemente; tirar-lhe ou afetar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem; provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; provocar-lhe perigo para a vida*” pode ser punido com pena de prisão de 2 a 10 anos (39).

Por outro lado, no Artigo 150º do Código Penal, relativo às “Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos”, refere-se que, “*se um médico ou outra pessoa legalmente autorizada realizar intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criar, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde*”, pode ser punido por lei com uma pena de prisão até 2 anos ou pena de multa de 240 dias (39). O código deontológico da Ordem dos Médicos proíbe expressamente a prática ou a colaboração em qualquer forma de MGF (35).

O número reduzido de processos legais existentes envolvendo a acusação da prática da MGF deve-se à falta de denúncias, uma vez que estes crimes são perpetrados no seio de comunidades fechadas que se protegem mutuamente, permitindo a sua perpetuação (33).

2. Objetivos

O objetivo geral da dissertação foi o de abordar a Mutilação Genital Feminina (MGF), com foco nas complicações clínicas que esta prática pode provocar, na abordagem médica a estes casos e no papel que os profissionais de saúde devem desempenhar na sua prevenção.

Face ao contexto da MGF, descrito no capítulo anterior, foram definidos os seguintes objetivos específicos de forma a avaliar os conhecimentos atuais sobre o tema:

1. Reconhecimento da terminologia e classificação dos tipos de MGF
2. Caracterização do contexto e descrição das técnicas de mutilação
3. Descrição das complicações provocadas pela MGF
4. Identificação das características clínicas para diagnóstico da MGF
5. Descrição das intervenções terapêuticas
6. Levantamento das estratégias de prevenção

3. Metodologia

A presente monografia foi desenvolvida com base numa ampla pesquisa bibliográfica sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF), realizada entre os meses de fevereiro e setembro de 2021. A recolha de informação foi efetuada maioritariamente com base em ferramentas digitais, salientando-se a pesquisa de artigos científicos através de plataformas tais como a PubMed, ScienceDirect (Elsevier), ou RCAAP. Na pesquisa efetuada através de motores de busca da internet, foram usados termos compostos como *“Female genital mutilation”*, *“Health consequences and complications”*, *“Woman’s healthcare experiences”*, *“Healthcare management and strategies”*, entre outros. A procura na PubMed com as palavras-chave *“Female”*, *“Genital”*, *“Mutilation”*, *“Complications”* obteve cerca de 850 resultados. Desta pesquisa, foram considerados sobretudo artigos científicos publicados nos últimos 15 anos, redigidos nas línguas inglesa e portuguesa, e foi atribuída maior relevância aos conteúdos mais recentes. A informação obtida nos artigos referenciados foi analisada e relacionada entre si, constituindo a base utilizada na elaboração desta monografia.

4. Resultados e Discussão

4.1 Terminologia e tipos de MGF

No âmbito da intervenção médica, é relevante o conhecimento e harmonização da terminologia relativa a esta prática, quer a utilizada pelas comunidades em causa quer a estabelecida pela OMS. A expressão “mutilação genital feminina” refere-se a todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou outras lesões nos órgãos genitais femininos por razões não médicas (3). Além de não ter benefícios para a saúde, a MGF interfere com o funcionamento normal do corpo e pode ter um efeito negativo em vários aspetos da vida da mulher, incluindo sua saúde física, mental e sexual e o seu relacionamento com o marido ou parceiro e família (1)(3).

O termo “circuncisão” aplicado à prática da MGF não é adequado na medida em que poderia induzir a ideia de que as práticas da MGF e da circuncisão masculina são comparáveis (3)(4). A circuncisão masculina, que envolve apenas a remoção do prepúcio, pode ser realizada por razões não médicas, nomeadamente religiosas ou estéticas. No entanto, e contrariamente à MGF, a circuncisão masculina pode ser realizada por razões médicas, tendo ainda efeito positivo ao nível da higiene genital. A “circuncisão feminina”, pelo contrário, é sempre realizada por razões não médicas, é anatomicamente mais extensa do que a masculina (40) e envolve implicações graves para a saúde física e mental da mulher (3).

O conceito “corte genital feminino” (CGF) é frequentemente usado entre comunidades e indivíduos praticantes (3). Dado que o termo “mutilação genital feminina” foi considerado ofensivo ou chocante para as mulheres e comunidades que adotam a prática e a consideram aceitável, muitas organizações referem-se ao ato como “corte genital feminino” ou “excisão” por terem um valor mais neutro, não crítico, sensível e respeitoso (3). O termo “excisão”, contudo, não abrange todos os tipos de MGF (40), como será visto à frente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mutilação genital feminina pode ser classificada em quatro tipos distintos, alguns com diferentes variantes, dependendo do padrão de corte (1). Os tipos e subtipos de MGF (Fig. 6) são os seguintes:

Tipo I: Remoção parcial ou total do clitóris (clitoridectomia) e/ou prepúcio.

-Tipo Ia: Remoção do prepúcio

-Tipo Ib: Remoção do clitóris e do prepúcio

Tipo II: Remoção parcial ou total do clitóris e pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios - “excisão”

-Tipo IIa: Remoção apenas dos pequenos lábios

-Tipo IIb: Remoção parcial ou total do clitóris e pequenos lábios (prepúcio pode ser afetado)

-Tipo IIc: Remoção parcial ou total do clitóris, pequenos e grandes lábios (prepúcio pode ser afetado)

Tipo III: Estreitamento da abertura vaginal através do corte e sutura dos pequenos ou grandes lábios com ou sem excisão (remoção por corte) do prepúcio e glândes - “infibulação” ou “mutilação faraônica”.

-Tipo IIIa: afetação dos pequenos lábios

-Tipo IIIb: afetação dos grandes lábios

Tipo IV: Todos os outros procedimentos prejudiciais à genitália feminina para fins não médicos, como por exemplo, punção, perfuração, incisão, raspagem e cauterização. O tecido genital não é excisado. Outras práticas incluem *gishiri* ou *angurya* (cortes) ao redor da vagina ou o uso de substâncias para secar e apertar a vagina antes da relação sexual (17).

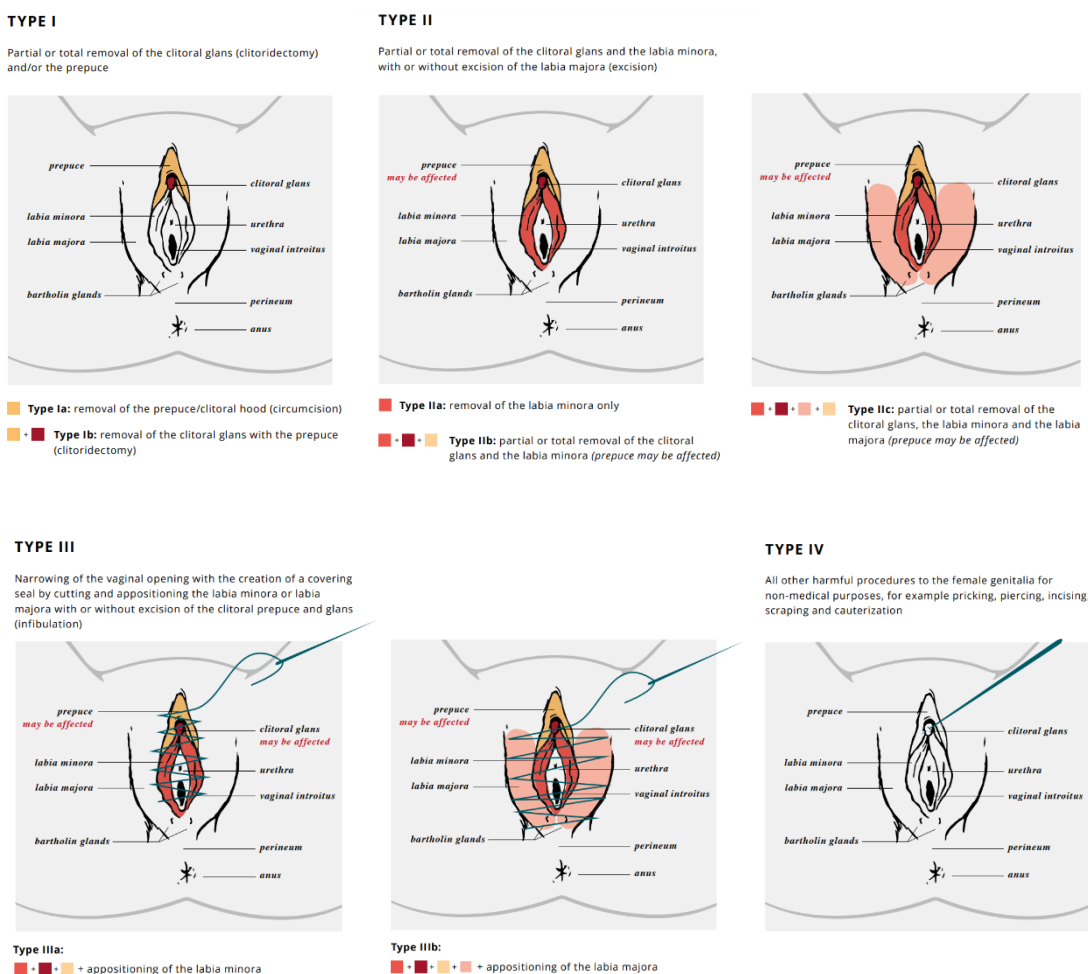


Fig. 6 – Tipos e subtipos de MGF (3).

As formas mais comuns de MGF são os tipos I e II, que representam 80% dos procedimentos, enquanto a infibulação (tipo III) é realizada em 15% dos casos (4)(41)(42) e está associada maioritariamente à cultura islâmica (17), embora haja uma grande variabilidade entre países (3)(42). O tipo IV é praticado em partes da Indonésia, Índia, Israel, Iraque, Malásia, Tailândia e Emirados Árabes Unidos. Embora alguns procedimentos, nomeadamente do Tipo IV, não envolvam corte ou remoção de tecidos, trata-se sempre de atos de mutilação na genitália de uma criança ou mulher (17).

Em certas comunidades, em que a MGF é praticada por razões religiosas, a mesma é designada por “sunna” (12)(14). A “sunna” corresponde, na maior parte dos casos, a MGF dos tipos I e II, que provocam uma lesão menos extensa e nociva do que a infibulação. No entanto, o termo “sunna” pode envolver qualquer um dos quatro tipos de MGF (43)(44).

O tipo III, também frequentemente chamado por “faraónico”, aponta para uma possível ligação cultural ao antigo Egito (3)(43). Este tipo de MGF pode igualmente ser designado por “infibulação”. O termo deriva da palavra romana fibula (“fecho”), que faz referência ao processo de encerramento do prepúcio dos homens ou lábios das mulheres, para impor a castidade (45). A infibulação constitui um símbolo densamente significativo que está intrinsecamente associado à extensão do procedimento (43). A abertura deixada na cicatriz infibulada deve permitir a passagem de urina e fluxo menstrual (28), mas ser suficientemente reduzida para impedir a relação sexual, cumprindo assim a sua função principal de salvaguardar e demonstrar a virgindade (27)(40).



Fig. 7 –MGF do tipo IIIb (42)

Para permitir o casamento e a maternidade, a infibulação tem de ser revertida (17). No casamento, é realizada a “de-infibulação”, que consiste numa abertura, apenas parcial, para permitir a relação sexual e a conceção. Através da “de-infibulação”, uma menina virgem é transformada numa mulher madura e casada, pronta para a maternidade (3). Este procedimento também fornece ao marido acesso à sua sexualidade e poderes

reprodutivos. O processo tradicional de de-infibulação, pelo qual o homem abre a orifício vaginal com seu pênis, está associado à demonstração da sua virilidade e força, fornecendo assim evidências de sua masculinidade. Além disso, um pequeno orifício vaginal, apenas parcialmente aberto, é considerado favorável ao prazer sexual masculino e, por sua vez, à fertilidade e estabilidade conjugal (43). Na altura do parto, é realizada uma abertura mais substancial para permitir a passagem do bebê.

A re-infibulação, que pode ser realizada após o parto, corresponde à recriação de uma infibulação, posteriormente à de-infibulação. A OMS considera que este procedimento é também um tipo de mutilação genital feminina (3)(46).

Tendo em conta que, na Guiné-Bissau, os tipos I e II são mais prevalentes e que, em Portugal, esta é a comunidade com maior peso no conjunto dos países praticantes de MGF, é expectável que sejam também estes os tipos com maior prevalência no nosso país (61), representando cerca de 82% das mutilações (62).

4.2 Descrição da prática da MGF

O conhecimento do contexto e rituais em que a MGF pode ser realizada, permite compreender melhor os valores que lhe estão associados. Este conhecimento favorece, em larga medida, a capacidade de comunicação com as vítimas e suas famílias, permitindo uma intervenção mais efetiva na prevenção e nos cuidados médicos associados à MGF.

A idade em que as mulheres experienciam a MGF varia consoante os países e os grupos culturais em que se pratica (3). Ainda que não esteja estabelecida uniformemente a idade “própria” para a realização deste ato (47), a MGF é concretizada principalmente em meninas entre a primeira infância e os 15 anos de idade (1). No entanto, este ato também pode ser praticado entre o nascimento, após os 7 dias de idade, e a pré-adolescência, antes da primeira menstruação e casamento (25).

A mutilação é mais frequentemente realizada individualmente, mas pode ocorrer em grupos, reutilizando os mesmos instrumentos em mais de 40 mulheres (30)(31)(48)(49). O procedimento é quase sempre efetuado de maneira cerimonial, acompanhado de música, comida e ofertas, mas apenas mulheres podem estar presentes na cerimónia (14)(31).

A MGF é, normalmente, realizada por praticantes tradicionais, não profissionais (18), que têm pouco conhecimento de anatomia feminina (48), e podem variar entre “circuncisadores” (líderes religiosos), parteiras, curandeiras ou ser uma anciã da mesma comunidade, caso em que é denominada fanateca ou excisadora (10)(14)(31). As ferramentas usadas, que não são esterilizadas, incluem objetos pontiagudos tais como

facas, lâminas, tosquiadeiras, tesouras, vidros partidos ou objetos quentes (42)(49). A ferida é costurada com instrumentos toscos, como espinhos (31). Na maioria dos casos, a mutilação é feita em condições sanitárias inadequadas, em locais que não permitem garantir um ambiente estéril e onde não existe acesso a anestésicos ou antibióticos (18)(42)(50). Em algumas culturas, as meninas são banhadas previamente em água fria para anestésiar a área e reduzir a probabilidade de sangramento grave. No entanto, nenhuma medida eficaz é tomada para reduzir suficientemente a dor (31).

Na prática da infibulação, a área genital é normalmente suturada, forçando a união dos grandes lábios. Após a intervenção, para garantir o resultado da oclusão, os membros inferiores das meninas podem ser amarrados entre si por um período de até quarenta dias (14)(31). O processo de cicatrização é auxiliado por unguentos e compostos à base de ervas, leite, ovos, cinzas, açúcar ou excremento animal, que supostamente facilitariam o processo (14)(28).

Em consequência do corte, as vítimas estão sujeitas a dores intensas e aos riscos de hemorragia, choque hemorrágico, retenção urinária aguda, contração de infecções por diferentes agentes, septicemia e, em casos extremos, de morte (3).

Por oposição à MGF exercida por praticantes tradicionais, não profissionais, a “medicalização” refere-se a situações em que esta é executada por um prestador de cuidados de saúde (3), muitas vezes usando instrumentos cirúrgicos, anestésicos e anti-sépticos (44). Este termo inclui também o procedimento de re-infibulação, ou seja, recriação de uma infibulação após a de-infibulação, como ocorre no pós-parto (8). A medicalização da MGF é mais prevalente no Egito, Nigéria e Sudão (32). A OMS e outros organismos internacionais, como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), são contra a medicalização da MGF, e aconselham que esta prática não seja, sob nenhuma circunstância, realizada em estabelecimentos de saúde ou por profissionais de saúde (3). Apesar deste procedimento garantir, teoricamente (8), uma maior segurança e menor taxa de complicações a curto prazo (30), não impede complicações médicas, psicológicas ou sexuais de longo prazo associadas à prática (44). Além disso, a sua concretização por prestadores de saúde permite legitimar e perpetuar esta prática nefasta (3)(8). Os profissionais de saúde que realizem a MGF violam os direitos de meninas e mulheres à integridade física e saúde, além de violar o princípio fundamental da bioética, a não-maleficência, uma vez que é uma prática prejudicial, onde os riscos do procedimento superam qualquer benefício percebido (3).

4.3 Tipos de Complicações

Um dos objetivos centrais da dissertação respeita ao estudo dos diferentes tipos de complicações a que a MGF pode dar origem. A abordagem a este tópico visa sensibilizar os profissionais de saúde no sentido de intervir de modo mais efetivo junto das mulheres ou meninas que foram sujeitas a MGF.

4.3.1 Complicações Genito-urinárias

A remoção ou lesão do tecido genital pode provocar complicações de saúde imediatas, requerendo cuidados médicos urgentes, e complicações que aparecem meses ou até anos após o afligimento (48). As complicações resultantes da realização deste ato dependem, por ordem crescente de gravidade, do tipo de MGF ser I, II ou III (18) (seção 4.2.2).

As complicações genito-urinárias relacionadas com a MGF incluem: dor vulvar crónica; neuropatia sensitiva; neuroma clitoriano; infeções do trato reprodutivo; alterações menstruais; infeções do trato urinário; quistos de inclusão epidermóides e; quelóides na área genital (14)(51).

Dor vulvar crónica: O clitóris e os tecidos genitais circundantes são altamente inervados. Quando a MGF é realizada, a glândula clitoriana e os tecidos adjacentes, como o prepúcio e os pequenos lábios, são lesados pelo corte genital, conduzindo, geralmente, à formação de tecido cicatricial ou, em algumas mulheres, à formação de quelóides, quistos e neuromas (3). Estas condições podem provocar dor na região vulvar, que se pode tornar crónica (9)(52), podendo manifestar-se durante as atividades de vida diárias e, especialmente, durante a relação sexual. Segundo estudos recentes, os distúrbios de saúde mental causados pela MGF, incluindo ansiedade, depressão e stress pós-traumático, podem também ser a causa de dor na área vulvar (3).

Neuropatia sensitiva: A região vulvar e perineal recebe inervação sensitiva através dos nervos pudendo, ilioinguinal e genitofemoral. A lesão de qualquer uma destas estruturas anatómicas, que por vezes ocorre na MGF, pode resultar em neuropatia sensitiva (53).

Neuroma clitoriano: Na mutilação genital, o nervo clitoriano dorsal é lesado durante o corte da porção externa do clitóris. Quando as fibras nervosas se regeneram de forma desorganizada, pode desenvolver-se um neuroma clitoriano (Fig. 8), que é um tumor benigno que surge após a secção ou lesão de um nervo (14). Esta complicação pode ser

assintomática ou pode causar alodinia (que se manifesta através de sensações de descarga elétrica ou de dor), ou ainda dor crônica na área circundante (3). Se o neuroma apresentar sintomas severos, deve ser tratado através da sua excisão cirúrgica (54).



Fig. 8 – Neuroma do clitóris (54).

Infeções do trato reprodutivo: As mulheres submetidas a MGF têm um risco aumentado de infecções do trato reprodutivo (ITR), incluindo vaginose bacteriana (11)(55), e infecções por vírus da imunodeficiência humana, vírus herpes simplex 2, vírus da Hepatite B e C, *Chlamydia trachomatis*, *Clostridium tetani*, e outras (31)(56). Este risco deve-se, principalmente, ao uso de instrumentos compartilhados que, por não serem esterilizados, se encontram frequentemente contaminados (30)(48)(49). A oclusão parcial da abertura vaginal, devida à presença de tecido cicatricial ou à infibulação, promove o desenvolvimento de ITR (3). As infecções do trato reprodutivo podem ser recorrentes e, se não tratadas, tornar-se persistentes, provocando doença pélvica inflamatória (PID), infertilidade, gravidez ectópica e resultados adversos da gravidez (3)(47).

Alterações menstruais: A MGF está também associada frequentemente a alterações menstruais, tais como dismenorrea, irregularidade menstrual, hematocolpos e hematometra (acumulação de fluxo menstrual na vagina e no útero, respetivamente) (48). As possíveis causas incluem infibulação rígida ou cicatrizes graves que levam ao estreitamento da abertura vaginal e, conseqüentemente, impedem o fluxo menstrual normal (3).

Infeções do trato urinário: O ato de mutilação genital, especialmente a infibulação, aumenta o risco de desenvolver infecções do trato urinário (ITU) (55). A dor ou dificuldade miccional podem ser causadas por uma infecção do trato urinário ou por lesões ou obstrução parcial da abertura uretral. Esta obstrução provoca retenção urinária, dificultando, assim, o esvaziamento da bexiga e tornando-a suscetível ao

crescimento bacteriano e ao desenvolvimento de ITU, que se pode tornar recorrente (3)(18).

Quistos de inclusão epitelial: Os quistos de inclusão epitelial (Fig. 9) resultam da proliferação de células epidérmicas dentro de um espaço circunscrito, formando uma massa quística após implantação de epiderme queratinizada na derme (57). Estas lesões benignas de crescimento lento são geralmente devidas a trauma cutâneo vulvar seguido por invaginação e proliferação epidérmica, podendo envolver o clitóris, a vulva ou a vagina (58). Os quistos, geralmente, não causam sintomas, mas podem infetar, causando dor e desconforto, embora raramente atinjam uma dimensão que obstrua todo o meato uretral e orifício vaginal (41).



Fig. 9 - Quisto de inclusão epitelial (57)

Queloides: Os queloides consistem no crescimento excessivo do tecido cicatricial e podem ser difíceis de tratar uma vez que, mesmo após a sua remoção cirúrgica, podem voltar a crescer no mesmo local (18)(31)(59).

4.3.2 Complicações obstétricas

Gravidez:

Muitas mulheres que sofreram MGF têm uma gravidez e um parto sem complicações. No entanto, esta prática está associada a uma maior prevalência de complicações obstétricas (45)(51), estando os maiores riscos associados às formas mais graves de MGF, como a infibulação (4)(60).

A diminuição ou obstrução da abertura vaginal, resultantes de fatores como a presença de tecido cicatricial, aderências vaginais ou infibulação, são fatores que podem levar a infecções recorrentes do trato genito-urinário. Estas infecções podem interferir com o progresso normal da gravidez e, por vezes, levar ao trabalho de parto prematuro (3).

Parto:

As mulheres que foram submetidas à MGF apresentam um risco aumentado de trabalho de parto prolongado, cesariana, parto instrumental, hemorragia pós-parto, episiotomia, lesões e lacerações obstétricas (como lesões perineais extensas, fístulas vesicovaginais ou retovaginais), internamento prolongado e problemas psicológicos (45)(61). Por outro lado, os bebés nascidos de mulheres que sofreram MGF, têm um aumento do risco de asfixia, necessidade de reanimação, nado-morto e morte neonatal precoce (18)(47). Todos os tipos de MGF podem resultar em cicatrizes na área vulvar, que podem diminuir ou obstruir a abertura vaginal (46)(62). Em alguns casos, a infeção e a inflamação causadas no momento da realização da MGF podem resultar em lesões vulvares e aderências, que podem também contribuir para este tipo de complicação (50). Os quistos de inclusão epidérmica e queloides podem igualmente causar desconforto para a mulher e possível obstrução da abertura vaginal (41), impedindo o normal desenvolvimento do parto (3).

Exames vaginais:

Uma abertura vaginal reduzida torna os exames vaginais mais desconfortáveis e dolorosos para a mulher, podendo mesmo tornar impossível a sua realização (50)(63). Esta limitação pode prejudicar a avaliação de problemas, tais como o sangramento vaginal anteparto ou o aborto incompleto, durante a gravidez (3), ou a avaliação sequencial da dilatação cervical e da apresentação, posição e descida do bebé, durante o parto.

4.3.3 Complicações psicológicas

A mutilação genital é uma experiência traumática que pode afetar a saúde mental da vítima de forma duradoura (23). Algumas perturbações do foro psicológico que são comuns na população em geral, tais como depressão ou ansiedade, apresentam maior incidência entre as mulheres que sofreram MGF (3).

O facto de muitas mulheres descreverem a MGF como um evento traumático está associado à dor e uso de força física por quem realiza o procedimento (64). Assim, as mulheres que sofreram esta prática podem apresentar quadros e sintomas de saúde mental diretamente associados a eventos traumático, tais como perturbação de stress pós-traumático, queixas somáticas sem causa orgânica, como dores (9)(31),

irritabilidade e frustração, perturbações do sono, baixa autoestima, medo, pensamentos paranoicos, tendências obsessivo-compulsivas, bem como problemas de relacionamento e dificuldades psicosexuais (14)(18).

As complicações psicológicas referidas estão ainda associadas a um aumento do risco de prática de automutilação e de suicídio bem como do abuso de substâncias nocivas, como álcool e drogas (3).

4.3.4 Complicações do foro sexual

A saúde sexual pode ser definida como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade” (3). A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de pressão, discriminação e violência (42).

A vulva feminina compreende várias estruturas anatómicas que estão envolvidas na resposta sexual. As mulheres que sofreram MGF vivenciaram uma prática que lesa uma ou mais estruturas anatómicas que estão diretamente envolvidas na resposta sexual feminina, podendo afetar a saúde sexual e o bem-estar da mulher (21).

Contudo, nem todas as mulheres que sofreram MGF experienciam problemas graves do foro sexual (21). As estruturas anatómicas envolvidas na resposta sexual feminina potencialmente afetadas pela MGF são os grandes e pequenos lábios, vagina e abertura vaginal e o clitóris. É de salientar que apenas a parte externa do clitóris (a glândula do clitóris) é afetada. A crura e parte do corpo do clitóris e a respetiva função sexual permanecem intactas sob o tecido cicatricial (3)(42).

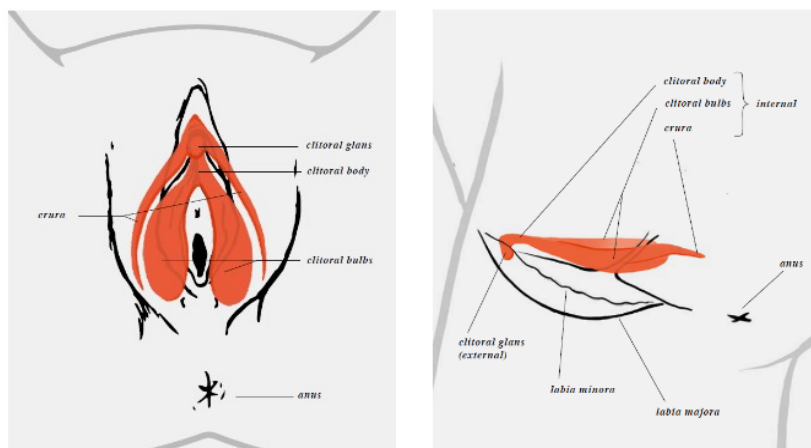


Fig. 10 – Anatomia do clitóris (3)

As evidências mostram que as mulheres que sofreram mutilação genital, que envolve a remoção de tecidos sexualmente sensíveis, têm maior probabilidade de apresentar dispareunia e redução do desejo e da satisfação sexuais (18)(22)(42)(50). A dispareunia pode ocorrer nos diferentes tipos de MGF como resultado de estreitamento vaginal ou da infibulação (MGF tipo III), e do desenvolvimento de tecido cicatricial doloroso ou neuroma clitoriano pós-traumático. Além disso, a dor ou desconforto durante o ato sexual, conduzem a situações de stress e ansiedade, que são agravadas quando a mulher experimenta ou antecipa a intimidade sexual (21)(50).

Os órgãos genitais femininos não são os únicos elementos determinantes da resposta sexual da mulher. O bem-estar sexual das mulheres que sofreram MGF, como acontece com a generalidade das mulheres (e dos homens), é influenciado por uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e interpessoais (3)(18)(42)(50).

É importante salientar que as mulheres que foram submetidas à MGF podem ter uma vida sexual saudável. Um clitóris externo intacto não é o único determinante do bem-estar ou prazer sexual feminino (56). Uma grande parte do clitóris não é excisada durante a MGF e permanece, encontrando-se abaixo do tecido cicatricial. Outras estruturas envolvidas na resposta sexual feminina também podem permanecer intactas. Assim, com cuidados e apoio sexual adequado, as mulheres que vivem com MGF podem ter relações sexuais satisfatórias e atingir o orgasmo (21)(56).

4.4 Métodos de Diagnóstico

No contexto da prestação de cuidados de saúde primários ou outros, os sinais e sintomas consequentes da mutilação genital devem ser reconhecidos, conduzindo à referência da paciente para posterior acompanhamento por profissionais especializados.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na prevenção, tratamento e gestão de complicações resultantes da MGF (65). Qualquer médico deve estar preparado para reconhecer a mutilação genital feminina e ser capaz de a classificar, mesmo que a mulher o oculte ou negue (3). Deve também saber orientar essas mulheres para consultas especializadas de intervenção médica. A prestação de cuidados de saúde abrange, não só a o reconhecimento da situação, mas também a identificação e o tratamento das suas consequências físicas e psicológicas, o registo médico da prática e a eventual denúncia às autoridades competentes (32)(66).

O crescente fluxo migratório de mulheres que foram submetidas à MGF para sociedades ocidentais apresenta um desafio para os profissionais de saúde nos países desenvolvidos exigindo preparação para o diagnóstico e o tratamento das complicações agudas e de longo prazo (41). As evidências mostram que um grande número de profissionais de saúde carece de experiência e conhecimento sobre esta prática (9), não reconhece clinicamente a MGF e, conseqüentemente, não está em condições de agir neste contexto (52). Sobretudo, os Tipos I, II e IV nem sempre são facilmente detetados por meio da inspeção (17). De forma a tratar as mulheres afetadas pela MGF, os profissionais de saúde devem estar familiarizados com os tipos de corte, as áreas geográficas, globais e locais, onde existe maior prevalência, os predeterminantes culturais da prática (17), além de compreender as crenças e o contexto social da paciente (3).

Embora muitas mulheres enfrentem problemas de saúde devido a esta prática e precisem de acompanhamento, poucas recorrem a cuidados de saúde (40)(67). É de salientar que o atraso na procura de cuidados de saúde pode aumentar a gravidade das complicações (40). Fatores que inibem a sua procura de cuidados são a vergonha, medo de discriminação (9), pobreza, falta de informação sobre as consequências da MGF para a saúde e onde encontrar tratamento (4).

Os profissionais de saúde deverão abordar o tópico da MGF com mulheres originárias de países onde esta prática é comum de forma proativa, sem julgamento, preferencialmente durante a primeira consulta (67). O uso de uma linguagem sensível e simples e perguntas diretas são necessários para que as mulheres se sintam confortáveis para discutir os seus problemas (17). Esta atitude promove uma relação médico-doente baseada na confiança

(67), permitindo a continuação da procura de cuidados de saúde por estas mulheres (17). Diversos estudos demonstram a necessidade de educação e treino de profissionais de saúde sobre este tema, uma vez que são pessoas-chave na abordagem das complicações e na prevenção da MGF (66). Os profissionais de saúde devem, então, ser capazes de rastrear, reconhecer, registrar e tratar distúrbios genito-urinários, obstétricos e psicosexuais em meninas e mulheres que vivem com MGF, mesmo quando os sintomas não são reconhecidos ou revelados espontaneamente pela pessoa (9).

4.5 Intervenções Terapêuticas

As opções terapêuticas perante um caso de MGF podem incidir sobre as complicações que ocorrem imediatamente após a prática, aquelas que se desenvolvem a longo-prazo (como por exemplo, queloides ou neuromas), a reconstrução cirúrgica e, por fim, o acompanhamento no âmbito da saúde mental (3)(36).

A necessidade da elaboração de uma história clínica completa associada a uma exame físico minucioso e exames complementares são fundamentais para o diagnóstico de complicações associadas a esta prática (3). A melhor abordagem de tratamento envolve uma equipa multidisciplinar de forma a lidar com a ampla variedade de repercussões da MGF (11)(42)(54).

No caso da ocorrência de complicações imediatamente após a prática, as vítimas não são normalmente assistidas por profissionais de saúde devido às possíveis implicações judiciais para os seus autores (17)(67). Deste modo, estes profissionais acabam por não poder auxiliar na resolução de tais situações que poderiam ser de resolução relativamente simples e que, apesar disso, em casos extremos, podem mesmo levar à morte (40). A exceção a esta situação respeita aos casos de medicalização da MGF, em que esta é praticada por profissionais de saúde, o que levanta as questões de ética já atrás abordadas (3).

Nem todas as mulheres que sofreram MGF requerem intervenção cirúrgica, apenas tendo indicação para tal as mulheres que apresentarem complicações severas (3). A eventual reconstrução da genitália feminina após MGF depende, em larga medida, da forma como a prática foi realizada. Estes procedimentos podem consistir, por exemplo, na reconstrução de clitóris e lábios, na de-infibulação, remoção de quistos, remoção de neuromas e tecido cicatricial, sendo a reconstrução clitoriana o mais amplamente realizado (42)(68).

A cirurgia de reconstrução clitoriana, primeiramente descrita no início dos anos 2000, visa reconstruir os tecidos clitorianos e labiais de mulheres que foram submetidas à MGF (42). O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia e função do clitóris, melhorando a autoestima da paciente, a sua imagem corporal, reduzindo a dispareunia e melhorando a função sexual (11)(68). A cirurgia de reconstrução clitoriana também representa uma opção terapêutica para a redução de dor clitorial crônica através da remoção de tecido cicatricial (3)(42). No entanto, para além de não estar isento de riscos, a eficácia deste procedimento cirúrgico na melhoria da saúde sexual das mulheres também não é garantida (3), pelo que, até ao momento, não há diretrizes recomendando a reconstrução do clitóris (42).

A de-infibulação (Fig. 11) é um procedimento cirúrgico que reverte a infibulação ao abrir o tecido genital cicatricial previamente fechado (3)(49). Este procedimento é particularmente indicado para o tratamento de algumas das complicações da MGF (por exemplo: dispareunia, dismenorrea, retenção urinária, infeções recorrentes), para a facilitação de procedimentos ginecológicos (exame manual ou especular, tratamentos vaginais), para a utilização de certos métodos contraceptivos, a interrupção da gravidez e facilitação do trabalho de parto (3). Frequentemente, esta cirurgia é necessária para melhorar a saúde e o bem-estar da mulher (49).

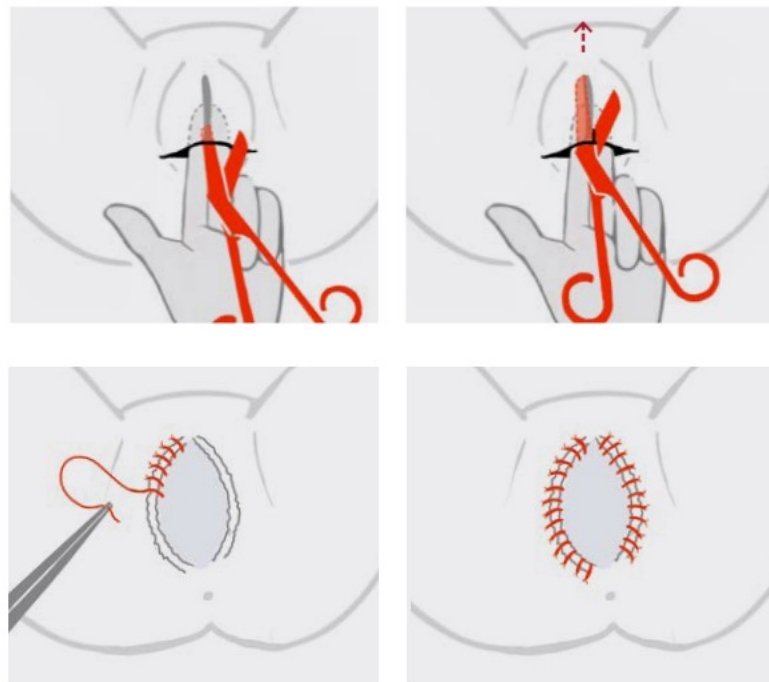


Fig. 11 - Esquema do procedimento de de-infibulação. (3)

A avaliação de saúde mental é igualmente necessária para todas as mulheres que vivem com MGF e, portanto, deve fazer parte da avaliação rotina de um prestador de cuidados de saúde (31)(36). A psicoterapia é um bom suporte emocional e social sendo estas sessões extremamente úteis para essas mulheres, ajudando a superar muitos dos traumas e desafios que enfrentam (3)(11).

4.6 Prevenção da MGF

Nesta seção, discutem-se os pilares em que pode assentar a prevenção da MGF nas comunidades praticantes. Para além da abordagem da questão ao nível global, foi dado enfoque ao caso português, onde existem comunidades imigrantes onde o problema da MGF também se coloca.

4.6.1 Medidas gerais de prevenção

Para alcançar o sucesso no combate à MGF, com vista à sua erradicação, é necessário compreender as forças que sustentam a prática (28). Os vários estudos consultados permitem agrupar as medidas de prevenção da MGF em cinco pilares estratégicos: (i) a criação de legislação, (ii) o estabelecimento de *guidelines*, (iii) a investigação, (iv) a educação, e (v) a intervenção comunitária (8)(22)(44).

(i) Legislação

A prática legislativa relativa a esta temática é complexa, na medida em que obriga a lidar com valores culturais arraigados em determinadas comunidades (17). As leis contra a MGF concentram-se, principalmente, em estabelecer medidas punitivas contra os membros da comunidade que praticam a MGF, os pais que a apoiam e as próprias vítimas que a sofrem (8). Contudo, a proibição da sua prática tem também como efeito o aumento do sigilo e a penalização das vítimas de MGF, criando barreiras à procura de cuidados de saúde (17). Assim, apesar das proibições legais criarem um ambiente favorável para a erradicação da MGF (22), a legislação tem de ser combinada com a educação e a mobilização da comunidade (8).

(ii) *Guidelines*

As diretrizes em saúde constituem uma base importante para os programas de educação médica, sendo premente o seu estabelecimento e implementação, não apenas em países com alta prevalência de MGF, mas também em países que abrigam comunidades onde a MGF é praticada, como é o caso de Portugal (45)(67). O desenvolvimento de *guidelines* de abordagem clínica oferece uma oportunidade única para a revisão sistemática das evidências disponíveis, para a identificação das lacunas críticas do conhecimento e para a orientação da investigação nesta área (8)(69).

(iii) Investigação

A investigação sobre esta prática nefasta deve incidir sobre a prevalência, manifestações, complicações agudas e crónicas e orientações para o tratamento. Esta

investigação é fundamental para uma melhor gestão e definição dos cuidados de saúde a garantir (24)(62)(68). A implementação de programas de prevenção deve ser avaliada através da recolha de dados precisos e atualizados (30)(32). Estas avaliações de impacto irão permitir verificar o sucesso das ações de prevenção e corrigi-las nos aspetos que se revelem menos conseguidos (31)(36).

(iv) Educação

A predisposição para a prática da MGF é mais comum entre mulheres com baixos níveis de escolaridade, mais jovens e com baixo nível socioeconómico (26). Mulheres com baixos níveis de escolaridade têm quatro vezes maior probabilidade de submeter as suas filhas à MGF no futuro, face àquelas com ensino superior (26). A educação dá a conhecer a MGF como uma prática prejudicial à saúde, bem como os comportamentos de risco e os direitos humanos, desempenhando um papel importante na decisão e atitude em relação à MGF (27).

A pobreza, limitando o acesso à educação, pode ser um grande obstáculo à compreensão dos efeitos nocivos da MGF. Além disso, o baixo nível socioeconómico coloca uma pressão elevada para a mulher se sujeitar à MGF, dado que esta a torna apta ao casamento e a beneficiar do sustento do futuro parceiro (26). Deste modo, os homens têm um papel significativo sobre a perpetuação desta prática, pelo que a sua educação sobre os deméritos da MGF pode facilitar o processo da sua erradicação (27).

Segundo diversos artigos científicos, os profissionais de saúde têm conhecimento insuficiente sobre a temática de MGF (9)(52). A sua falta de preparação deve-se, maioritariamente, à falta de formação, à carência de diretrizes de atuação, ao baixo envolvimento dos sistemas locais de saúde e à escassez de legislação sobre o tema (70). De forma a conseguir identificar as complicações da MGF e potenciais pessoas em risco, é essencial que os profissionais de saúde estejam familiarizados com esta realidade (36)(71). Assim, a formação e sensibilização dos profissionais e, ao mesmo tempo, a criação de orientações para a conduta e prevenção da MGF podem ter um papel decisivo na eliminação desta prática (6)(38). Os médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Psicologia e Psiquiatria são, por isso, um grupo alvo para formação e intervenção preferencial (72). Neste sentido, deverão ser desenvolvidas e implementadas intervenções destinadas a melhorar o conhecimento, competências, atitudes e comunicação dos prestadores de saúde (17)(66).

(v) Intervenção comunitária

O envolvimento de líderes comunitários, religiosos e políticos, grupos de jovens e mulheres é essencial para alcançar mudanças sociais e promover o abandono da MGF como uma prática comprovadamente prejudicial (16)(27).

O desenvolvimento de estratégias comunitárias e políticas de promoção de saúde permitirá, então, encorajar o julgamento crítico da população. Deste modo, será conferida maior autonomia e poder de decisão às pessoas mais marginalizadas da comunidade (14)(30), nomeadamente às mulheres, de forma a impedir que sofram atitudes opressivas (8)(19). A colaboração intersectorial comunitária – incluindo poder político, entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizações socioculturais, líderes religiosos, entre outros – será necessária para garantir que as mulheres não continuam sujeitas a esta prática em nome da cultura e de tradições (30).

A MGF é uma violação dos direitos humanos e não tem nenhum benefício médico (3). Para além disso, a sua prática causa um impacto significativo na mulher (ou na menina), nas famílias e nas comunidades, mas também nos sistemas de saúde e socioeconómicos nacionais (18)(30). A magnitude das consequências físicas e psicossociais da MGF supera quaisquer benefícios presumidos dos procedimentos, evidenciando a necessidade de implementação das medidas preventivas nos diversos setores da sociedade (11)(24). Um quadro normativo, formal ou informal, que inclui medidas preventivas para promover o abandono, bem como medidas punitivas para aqueles que encorajam a prática, tem mostrado um efeito positivo quando associado a um trabalho comunitário de fundo (8)(61).

4.6.2 Programas de Ação para a Eliminação da MGF

Em 1994, a FIGO, durante a sua Assembleia Geral, em Montreal, reconheceu a MGF como uma violação dos direitos humanos, preocupando-se com os graves efeitos adversos desta prática, sob os pontos de vista físico e psicológico, sobre crianças que não podem dar (e, sobretudo, recusar) o seu consentimento informado (73).

Em Portugal, a Associação para o Planeamento da Família (APF), em estreita colaboração com parceiros nacionais e internacionais, identificou, em 1999, a necessidade de trabalhar contra a MGF, tendo integrado esta prática nos seus planos de atividades (34). Assim, no final de 2007, foi criado um grupo de trabalho intersectorial,

reunindo várias entidades oficiais e Organizações Não Governamentais (ONG), assim como representantes de comunidades afetadas (34).

Na sequência deste trabalho foi criado o **I Programa de Ação para a Eliminação da MGF**, integrado no III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género (2007 – 2010), onde o estado português assume o compromisso específico de combate à MGF, reforçando os direitos humanos das mulheres e crianças (10)(35). Este programa reconhece quatro setores prioritários de intervenção – “Comunidade”, “Saúde”, “Educação, Formação e Investigação” e “Cooperação” – e estabelece quatro linhas de medidas a implementar – “Sensibilizar, Prevenir, Apoiar e Integrar”, “Formar”, “Conhecer e Investigar”, e “Advogar”. Este programa permitiu reconhecer a importância da MGF no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, género, educação para o desenvolvimento e cidadania, tendo lançado as bases para os programas subsequentes (74).

Em 2011 foi revisto o documento anterior, dando origem ao **II Programa de Ação para a Eliminação da MGF** (2011-2013), que integrou o IV Plano Nacional para a Igualdade, Género, Cidadania e não Discriminação (2011-2013) (35). Este segundo programa deu sequência às iniciativas anteriormente traçadas e teve como objetivo “promover os Direitos Humanos, o direito à saúde, o direito à integridade física, à não sujeição a nenhuma forma de tortura ou tratamento cruel, sob o imperativo do combate à violência de género e da concretização de uma plena igualdade”. Em termos de setores de intervenção, foi incluído o da “Justiça e Direitos Humanos”. As principais estratégias definidas consistiram na promoção de ações de informação e sensibilização, na educação e na prevenção dos riscos relacionados com a MGF, principalmente na área da saúde sexual e reprodutiva (10). Refira-se que, em dezembro de 2012, a proibição da MGF foi aprovada por unanimidade, na assembleia Geral da ONU (10)(75).

Em dezembro de 2013, através de uma Resolução do Conselho de Ministros, foi aprovado o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014 - 2017, no qual se inseriu o **III Programa de Ação para a Eliminação da MGF** (2014 – 2017). O documento estabeleceu 42 medidas estruturais para a erradicação da MGF, em cinco áreas estratégicas – Prevenção, Integração, Formação, Conhecimento, e Cooperação –, mantendo as principais diretrizes do programa anterior (34). Foram identificados os seguintes três objetivos principais: sensibilização das comunidades para as consequências decorrentes da MGF; informação e formação de profissionais de saúde, sobretudo nas zonas com maior incidência; ativação da dimensão criminal da MGF (76).

Em Portugal, em novembro de 2018, numa parceria entre o Alto Comissariado para as Migrações, a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, foi implementado, em 2020, o projeto “Práticas Saudáveis: Fim à Mutilação Genital Feminina”. As três áreas de ação previstas no projeto foram a integração da MGF em instrumentos de política pública, aumentando o seu reconhecimento, a capacitação e formação de profissionais e, por último, a intervenção comunitária (36).

5. Conclusões e perspetivas futuras

Nesta dissertação foi tratado o tema da Mutilação Genital Feminina (MGF), numa abordagem holística, enquadrando a questão clínica no contexto sociocultural em que é praticada.

Mutilação Genital Feminina (MGF), cuja origem histórica não é perfeitamente clara, refere-se à remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou na lesão dos mesmos, infligida a meninas ou mulheres, por razões não médicas.

A erradicação desta prática, reconhecida pela ONU como uma violação dos Direitos Humanos, requer o conhecimento aprofundado das suas causas, da prática em si, e das consequências ao nível da saúde física e mental das vítimas.

A MGF tem sido alvo de atenção crescente a nível internacional, verificando-se um aumento exponencial do número de publicações científicas sobre o tema desde os anos 50 do século XX até ao presente. Nesse período, de acordo com a base PubMed (77), o número de artigos sobre o tema “*Female Genital Mutilation*” passou de apenas 2 em 1950 para 179 em 2021, com picos nos anos 1995 e 1997, possivelmente relacionados com o reconhecimento desta prática como uma violação dos Direitos Humanos pela FIGO em 1994 (73).

A perduração da MGF, que não oferece qualquer benefício médico, tem origem na sua associação a valores socioculturais, tais como a aptidão para o casamento, a aceitação social, o resguardar da virgindade, a supressão do desejo sexual ou o cumprimento de preceitos religiosos.

Estima-se que esta prática, que ocorre essencialmente em alguns países de África e da Península Arábica, já tenha vitimado entre 100 e 200 milhões e que ameace mais de 2 milhões de mulheres por ano. A obtenção de dados fidedignos sobre a MGF é sempre complexa, sobretudo nos países em que a prática não é aceite. Em Portugal, os dados existentes são escassos e, por isso, pouco representativos do panorama nacional. Sabe-se, contudo, que a distribuição geográfica da prevalência da MGF acompanha a distribuição das comunidades onde é praticada, salientando-se as da Guiné-Bissau, Guiné-Conacri e Senegal. Antevê-se que o desenvolvimento de novas ferramentas de registo de dados, tal como a Plataforma de Dados da Saúde (PDS), lançada em 2011, venha a fornecer um retrato mais claro e abrangente desta prática a nível nacional.

A OMS classifica a MGF em quatro tipos distintos, dependendo do padrão de corte: Tipo I - Remoção parcial ou total do clitóris (clitoridectomia) e/ou prepúcio; Tipo II - Remoção parcial ou total do clitóris e pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios; Tipo III - Estreitamento da abertura vaginal através do corte e sutura dos pequenos ou grandes lábios com ou sem excisão do prepúcio e glândes; Tipo IV - Todos

os outros procedimentos prejudiciais à genitália feminina para fins não médicos, como por exemplo, punção, perfuração, incisão, raspagem e cauterização. As formas mais comuns de MGF são os tipos I e II, que representam 80% dos procedimentos, enquanto a infibulação (tipo III) é realizada em 15% dos casos.

A mutilação é normalmente realizada em ambientes não estéreis e sem acesso a anestésicos ou antibióticos, levando a complicações frequentes, quer imediatas quer a longo prazo, dos foros genito-urinário, obstétrico e psicosssexual. Ao nível genito-urinário podem ocorrer dor vulvar crónica, neuropatia sensitiva, neuroma clitoriano, infeções do trato reprodutivo, alterações menstruais, infeções do trato urinário, quistos de inclusão epidermóides e quelóides na área genital. No âmbito obstétrico a MGF pode levar a complicações na gravidez e no parto, nomeadamente a infeções recorrentes, que interferem com o progresso normal da gravidez, e podem levar ao trabalho de parto prematuro. Além disso, a MGF provoca um risco acrescido a nível materno de trabalho de parto prolongado, cesariana, parto instrumental, hemorragia pós-parto, episiotomia, lesões e lacerações obstétricas. Ao nível neonatal, existe um aumento do risco de asfixia, necessidade de reanimação, nado-morto e morte neonatal precoce.

Relativamente aos aspetos psicosssexuais, salienta-se o carácter stressante e traumático do procedimento, a nível físico e mental, e as suas possíveis consequências a longo prazo. Salientam-se a perturbação de stress pós-traumático, perturbações do sono, pensamentos paranoicos, tendências obsessivo-compulsivas, bem como aumento do risco de automutilação, de suicídio e de abuso de substâncias nocivas. No foro sexual, são frequentes complicações como a dispareunia e a redução do desejo e da satisfação sexual. Em face da natureza “oculta” da MGF, tornam-se particularmente necessários a educação e o treino de profissionais de saúde neste tema, uma vez que estes têm um papel fundamental na identificação, prevenção, tratamento e gestão de complicações resultantes da MGF.

As opções terapêuticas perante um caso de MGF podem incidir sobre as complicações que ocorrem imediatamente após a prática, aquelas que se desenvolvem a longo-prazo, a reconstrução cirúrgica e, por fim, o acompanhamento no âmbito da saúde mental.

A prevenção da MGF deve assentar em cinco pilares considerados estratégicos, designadamente: a criação de legislação, o estabelecimento de diretrizes de orientação clínica, a investigação, a educação, e a intervenção comunitária.

O trabalho desenvolvido permite apontar as principais medidas a implementar para erradicar a prática de MGF, particularmente em Portugal, onde a questão está circunscrita a algumas comunidades imigrantes já identificadas.

Na perspectiva médica, os desenvolvimentos futuros devem focar-se na sensibilização e formação dos profissionais de saúde para a prevenção face a situações de risco, a capacitação de competências para a identificação dos casos existentes e o tratamento das possíveis complicações resultantes da MGF. Esta formação deve ter por base esforços adicionais de investigação para avaliar a real dimensão do problema e para analisar e otimizar as estratégias e programas já implementados.

6. Referências

1. Morris NH. Female genital mutilation. *Clin Risk*. 2019;14(5):189–92.
2. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. 2016;
3. WHO. WHO | Care of girls and women living with female genital mutilation [Internet]. Who. 2018. 1–425 p. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>
4. Fried S, Mahmoud Warsame A, Berggren V, Isman E, Johansson A. Outpatients' Perspectives on Problems and Needs Related to Female Genital Mutilation/Cutting: A Qualitative Study from Somaliland. *Obstet Gynecol Int*. 2013;2013(Table 1):1–11.
5. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. *Obstet Gynecol Int*. 2014;2014:1–8.
6. Santos J. A Mutilação Genital Feminina/Corte em Portugal [Internet]. 2016. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/85141/2/139344.pdf%5Chttps://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/85141?mode=full>
7. UNICEF. Female Genital Mutilation (FGM) Statistics - UNICEF Data [Internet]. August 2021. [cited 2021 Oct 5]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
8. WHO. management of health complications from female genital mutilation WHO guidelines on the. 2018;(May).
9. Binkova A, Uebelhart M, Dällenbach P, Boulvain M, Gayet-Ageron A, Abdulcadir J. A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with Female Genital Mutilation/Cutting. *Reprod Health [Internet]*. 2021;18(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01097-9>
10. Frias A. Mutilação Genital Feminina: Segredo para Revelar. In: Mutilação Genital Feminina: Segredo para Revelar [Internet]. 2014. p. 1–13. Available from: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13483/1/capituloLivro_MutilaçãoGenitalfeminina_AnaFrias.pdf
11. Odukogbe ATA, Afolabi BB, Bello OO, Adeyanju AS. Female genital mutilation/cutting in Africa. *Transl Androl Urol*. 2017;6(2):138–48.
12. Farage MA, Miller KW, Tzeghai GE, Azuka CE, Sobel JD, Ledger WJ. Female genital cutting: Confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. *Women's Heal*. 2015;11(1):79–94.

13. Góis CLC. Considerações Clínicas e Dinâmica Cultural da Mutilação Genital Feminina. 2009;13.
14. Shakirat GO, Alshibshoubi MA, Delia E, Hamayon A, Rutkofsky IH. An Overview of Female Genital Mutilation in Africa: Are the Women Beneficiaries or Victims? *Cureus*. 2020;12(9).
15. Cerejo D, Teixeira AL, Lisboa M. Contextos socioculturais, discursos e percepções sobre a mutilação genital feminina. *Faces Eva Estud sobre a Mulh*. 2017;(37):83–103.
16. Rushwan H. Female genital mutilation: A tragedy for women’s reproductive health. *African J Urol* [Internet]. 2013;19(3):130–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.afju.2013.03.002>
17. Costello S. Female genital mutilation/cutting: Risk management and strategies for social workers and health care professionals. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015;8:225–33.
18. Refaei M, Aghababaei S, Pourreza A, Masoumi SZ. Socioeconomic and reproductive health outcomes of female genital mutilation. *Arch Iran Med*. 2016;19(11):805–11.
19. Ruiz IJ, Martínez MPA, Bravo MDMP. Impacto de la mutilación genital femenina en los objetivos del milenio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):254–61.
20. Awolola O, Ilupeju N. Female genital mutilation; Culture, religion, and medicalization, where do we direct our searchlights for its eradication: Nigeria as a case study. *Tzu Chi Med J*. 2019;31(1):1–4.
21. Esho T, Kimani S, Nyamongo I, Kimani V, Muniu S, Kigundu C, 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.
22. Alinia C, Piroozi B, Jahanbin F, Safari H, Mohamadi-Bolbanabad A, Kazemi-Karyani A, et al. Estimating utility value for female genital mutilation. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–7.
23. Al Awar S, Al-Jefout M, Osman N, Balayah Z, Al Kindi N, Ucenic T. Prevalence, knowledge, attitude and practices of female genital mutilation and cutting (FGM/C) among United Arab Emirates population. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):1–12.
24. De Schrijver L, Van Baelen L, Van Eekert N, Leye E. Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: A situation analysis. *Reprod Health*. 2020;17(1):1–19.

25. Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reprod Health* [Internet]. 2011;8(1):26. Available from: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/26>
26. Ameyaw EK, Tetteh JK, Armah-Ansah EK, Aduo-Adjei K, Sena-Iddrisu A. Female genital mutilation/cutting in Sierra Leone: Are educated women intending to circumcise their daughters? *BMC Int Health Hum Rights*. 2020;20(1):1–11.
27. Varol N, Turkmani S, Black K, Hall J, Dawson A. The role of men in abandonment of female genital mutilation : a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2015; Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2373-2>
28. Bogale D, Markos D, Kaso M. Prevalence of female genital mutilation and its effect on women's health in Bale zone, Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–10.
29. Djaló A. Mutilação Genital Feminina em Portugal nos últimos 20 anos. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2020;2(1):5–7. Available from: <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/download/83/65%0Ahttp://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L603546864%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1155/2015/420723%0Ahttp://link.springer.com/10.1007/978-3-319-76>
30. Mwanri L, Gatwiri GJ. Injured bodies, damaged lives: Experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistula and Female Genital Mutilation/Cutting. *Reprod Health*. 2017;14(1):1–11.
31. Klein E, Helzner E, Shayowitz M, Kohlhoff S, Smith-Norowitz TA. Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications - A Short Literature Review. *Obstet Gynecol Int*. 2018;2018.
32. Kimani S, Shell-Duncan B. Medicalized Female Genital Mutilation/Cutting: Contentious Practices and Persistent Debates. *Curr Sex Heal Reports*. 2018;10(1):25–34.
33. Santos Piorro A. O crime de mutilação genital feminina: Considerações sobre a sua autonomização no código penal. 2019;76.
34. Saúde P De, Barreto S, Cunha V, Vicente L, Campos A, Alfredo M. Female Genital Mutilation: Knowledge from Health Professionals. 2013;7(2):89–94.
35. Nádía Carneiro Vilela. O DIREITO FUNDAMENTAL À CULTURA FRENTE AO CASO DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA. 2019;

36. Paixão M, Valente J, Leite A, “Práticas Saudáveis – Fim à Mutilação Genital Feminina” ER da EDI do P. Para Lá do Fenómeno Cultural: A Mutilação Genital Feminina Como um Problema de Saúde Pública em Portugal. *Acta Med Port.* 2021;34(6):410.
37. Ativamente C. Manual de procedimentos – Colaborar ativamente na prevenção e eliminação da mutilação genital feminina. 2020;1–54. Available from: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/02/Colaborar-Ativamente-na-Prevencao-e-Eliminacao-da-Mutilacao-Genital-Feminina-Manual-de-Procedimentos_CPCJ.pdf
38. Lisboa M, Cerejo D, Moreira C, Frade A. Mutilação Genital Feminina : prevalências , dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação. 2015;1–172. Available from: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf
39. RSE. Decreto-Lei n.º 48/95, Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. 2017. p. 1–129.
40. Bjälkander O, Bangura L, Leigh B, Berggren V, Bergström S, Almroth L. Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. *Int J Womens Health.* 2012;4(1):321–31.
41. Birge O, Erkan MM, Serin AN. Case report: Epidermoid inclusion cyst of the clitoris as a long-term complication of female genital mutilation. *J Med Case Rep.* 2019;13(1):1–4.
42. 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.
43. 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.
44. Kimani S, Kabiru CW, Muteshi J, Guyo J. Female genital mutilation/cutting: Emerging factors sustaining medicalization related changes in selected Kenyan communities. *PLoS One.* 2020;15(3):1–16.
45. Berg RC, Underland V. The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:1–15.

46. Berg RC, Underland V. Obstetric consequences of female genital mutilation / cutting (FGM / C). [Internet]. Report from Kunnskapscenteret. 2013. 1–133 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0097676/pdf/PubMedHealth_PMH0097676.pdf
47. Gebremicheal K, Alemseged F, Ewunetu H, Tolossa D, Ma'alin A, Yewondwessen M, et al. Sequela of female genital mutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–10.
48. 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.
49. Balogun OO, Hirayama F, Wariki WMV, Koyanagi A, Mori R. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(2).
50. Yassin K, Idris HA, Ali AA. Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan. *Reprod Health*. 2018;15(1):4–8.
51. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, et al. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: Long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *Int J Womens Health*. 2013;5(1):323–31.
52. Lurie JM, Weidman A, Huynh S, Delgado D, Easthausen I, Kaur G. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/ cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2020;17(3):1–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003088>
53. Hadid V, Dahan MH. A Case of Chronic Abdominal Neuropathic Pain and Burning after Female Genital Cutting. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2015;2015:1–4.
54. Abdulcadir J, Tille JC, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod Health*. 2017;14(1):1–7.
55. Berg R, Underland V. Gynecological consequences of female genital mutilation / cutting (FGM / C). *Nor Knowl Cent Heal Serv*. 2012;121.

56. Ghosh, Mimi; Rodriguez-Garcia, Marta; Wira C. Immunobiology of genital tract trauma: Endocrine Regulation of HIV Acquisition in Woman Following Sexual Assault or Genital Tract Mutilation. *Nac Inst Heal* [Internet]. 2014;23(1):1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
57. Asante A, Omurtag K, Roberts C. Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation. *Fertil Steril* [Internet]. 2010;94(3):1097.e1–1097.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.02.007>
58. MacK-Detlefsen B, Banaschak S, Boemers TM. Traumatic Vulvar Epithelial Inclusion Cysts Following Female Genital Mutilation (FGM). *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2015;75(9):945–8.
59. Birge Ö, Akbaş M, Özbey EG, Adıyeke M. Clitoral keloids after female genital mutilation/cutting. *Turkish J Obstet Gynecol*. 2016;13(3):154–7.
60. Anikwe CC, Ejikeme BN, Obiechina NJ, Okorochukwu BC, Obuna JA, Onu FA, et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: A cross-sectional comparative study in a tertiary hospital in Abakaliki South East Nigeria. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X* [Internet]. 2019;1:100005. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100005>
61. Sylla F, Moreau C, Andro A. A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(12):1–14.
62. Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. *Reprod Health* [Internet]. 2016;13(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0242-9>
63. Varol N, Dawson A, Turkmani S, Hall JJ, Nanayakkara S, Jenkins G, et al. Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006-2012: A descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1123-5>
64. Köbach A, Ruf-Leuschner M, Elbert T. Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1–12.
65. Yussuf M, Matanda DJ, Powell RA. Exploring the capacity of the Somaliland healthcare system to manage female genital mutilation/cutting-related complications and prevent the medicalization of the practice: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–10.

66. Abdulcadir J, Say L, Pallitto C. What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review. *Reprod Health*. 2017;14(1):1–13.
67. Kawous R, Allwood E, Norbart E, Van Den METC, Muijsenbergh. Female genital mutilation and women's healthcare experiences with general practitioners in the Netherlands: A qualitative study. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(7 July):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0235867>
68. Paslakis G, Farré JM, Tolosa-Sola I, Palazón-Llecha A, Domínguez-Cagnon H, Jiménez M, et al. Clinical features associated with female genital mutilation/cutting: A pilot longitudinal study. *J Clin Med*. 2020;9(8):1–12.
69. Suleiman IR, Maro E, Shayo BC, Alloyce JP, Masenga G, Mahande MJ, et al. Trend in female genital mutilation and its associated adverse birth outcomes: A 10-year retrospective birth registry study in Northern Tanzania. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(1 January):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244888>
70. Silva C. Percepções de jovens guineenses residentes em Portugal e de profissionais com experiência na Guiné-Bissau Universidade. *e-conversion - Propos a Clust Excell*. 2018;29–50.
71. Medeiros N, Denis T. Multiculturalidade, interculturalidade, direitos humanos e violência de género: breves notas para pensar o caso da mutilação genital feminina em Portugal e a sua abordagem. *Cad Pagu*. 2019;(55).
72. Campos A. Mutilação Genital Feminina - a Importância de Reconhecer e de Saber como Agir. *Acta Obs e Ginecológica Port*. 2010;152–6.
73. Sukasari DIK, Tem- ER. Resolution on Female Genital Mutilation. 1994;(Suppan):1–16.
74. Feminina/C G de TI sobre a MG. Programa de Acção Eliminação da Mutilação Genital Feminina. 2009.
75. Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. II Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. 2013;1–39.
76. Feminina/C G de TI sobre a MG. III Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. 2014.
77. PubMed [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

