

# MUTIL AÇÃO GENIT AL × FEMINI NA EM PORT UGAL

PREVALÊNCIAS,  
DINÂMICAS SOCIOCULTURAIS  
E RECOMENDAÇÕES PARA  
A SUA ELIMINAÇÃO

## **Autores**

Manuel Lisboa  
Dalila Cerejo  
Ana Lúcia Teixeira  
Alice Frade

Catarina Moreira  
Elisabete Brasil  
Rosário Oliveira Martins  
Gabriela Moita



# MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA EM PORTUGAL

PREVALÊNCIAS, DINÂMICAS SOCIOCULTURAIS  
E RECOMENDAÇÕES PARA A SUA ELIMINAÇÃO

## **Coordenação**

Manuel Lisboa

## **Autores**

*Manuel Lisboa • Dalila Cerejo*

*Ana Lúcia Teixeira • Alice Frade*

*Catarina Moreira • Elisabete Brasil*

*Gabriela Moita • Rosário Oliveira Martins*

**MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA EM PORTUGAL**  
PREVALÊNCIAS, DINÂMICAS SOCIOCULTURAIS E RECOMENDAÇÕES PARA A SUA ELIMINAÇÃO

Coordenação: Manuel Lisboa

Diretor da coleção: Manuel Carlos Silva  
Subdiretores: Luís Baptista e Ana Paula Marques

Capa: António Pedro

© Edições Húmus, Lda., 2015  
Apartado 7081  
4764-908 Ribeirão – V.N. Famalicão  
Telef. 926 375 305  
humus@humus.com.pt

Impressão: Papelmunde, SMG, Lda. – V.N. Famalicão  
1.ª edição: Dezembro de 2015  
Depósito Legal: 402965/15  
ISBN: 978-989-755-188-8

Coleção Debater O Social – 36

Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
– Universidade Nova de Lisboa (CICS.NOVA.FCSH/UNL), UID/SOC/04647/2013,  
com o apoio financeiro da FCT/MCTES através de fundos Nacionais.

# ÍNDICE

<b>Agradecimentos</b>	7
<b>1. Introdução</b>	9
1.1. Abordagem metodológica	11
1.2. Apresentação da obra	14
<b>2. Estado do conhecimento sobre a MGF/C</b>	15
<b>3. Prevalência de MGF/C em Portugal</b>	32
3.1. Identificação e crítica das fontes e opções metodológicas	32
3.2. Prevalência de MGF/C em Portugal	48
3.3. Meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C	65
3.3.1. Explicitação de conceitos	65
3.3.2. Cálculo do número de meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C	68
3.4. A MGF/C no contexto da União Europeia	70
<b>4. A prática da MGF/C: contextos e características</b>	78
4.1. Os instrumentos metodológicos para a recolha de dados	78
4.2. Práticas de MGF/C e contextos socioculturais	83
4.2.1. Características socioculturais das pessoas inquiridas	83
4.2.2. As mulheres e a prática da MGF/C	83
4.2.3. Percepções e representações sociais dos homens	87
<b>5. Contextos socioculturais: dinâmicas, processos, modelos e valores</b>	89
5.1. Entrevistas exploratórias e entrevistas em profundidade: considerações metodológicas	89
5.2. O contexto sociocultural da prática da MGF/C a partir das mulheres	91
5.2.1. Identificação das dimensões da análise do conteúdo das entrevistas em profundidade aplicadas a mulheres de países onde a MGF/C é praticada	91
5.2.2. Percepções e representações sobre a MGF/C	94
5.2.3. Representações sobre a manutenção da MGF/C	97

5.2.4. A prática da MGF/C em Portugal	99
5.2.5. As campanhas sobre a MGF/C	100
5.2.6. Emigração e prática da MGF/C	101
5.2.7. A prática da MGF/C e os seus tipos	103
5.2.8. A prática da MGF/C e os/as intervenientes directos/as	104
5.2.9. A prática da MGF/C e a saúde	105
5.2.10. A reprodução da prática da MGF/C no futuro	106
5.3. A MGF/C vista a partir dos homens	107
5.3.1. Identificação das dimensões da análise do conteúdo das entrevistas em profundidade aplicadas a homens de países onde a MGF/C é praticada	107
5.3.2. Percepções e representações sobre a MGF/C	108
5.3.3. A manutenção da MGF/C	110
5.3.4. A prática da MGF/C em Portugal	112
5.3.5. Campanhas sobre a MGF/C	113
5.3.6. Emigração e prática da MGF/C	114
5.3.7. A MGF/C e o contexto familiar	115
5.3.8. A MGF/C: prática e reprodução futura	116
5.3.9. Consequências para a saúde	117
5.3.10. Visão dos homens em relação à prática da MGF/C na mulher/esposa	119
5.4. A perspectiva dos profissionais de saúde	121
5.4.1. Conhecimento e representações sobre MGF/C	122
5.4.2. Sensibilização de outros profissionais de saúde para a MGF/C	124
5.4.3. Formação e sensibilização dos profissionais de saúde	126
5.4.4. O papel dos/as profissionais de saúde na erradicação da MGF/C	127
5.4.5. Percepção da prática da MGF/C em Portugal	128
5.4.6. Conhecimento do protocolo de actuação da DGS	131
5.4.7. Conhecimento da legislação portuguesa que enquadra a prática da MGF/C	132
5.4.8. A Plataforma de Dados da Saúde para inserção dos casos de mulheres com MGF/C	135
<b>6. Casos de MGF/C registados: Plataforma de Dados da Saúde</b>	137
<b>7. Recomendações</b>	144
<b>Bibliografia</b>	151
<b>Anexos</b>	156
<b>Índice de quadros</b>	161
<b>Índice de figuras</b>	162

## AGRADECIMENTOS

Este estudo decorreu durante um ano e a investigação esteve a cargo de uma equipa pluridisciplinar, envolvendo investigadores de universidades e técnicos de Organizações Não Governamentais (ONG) e entidades oficiais, especialistas na temática. A descrição da constituição da equipa será feita em ponto específico do presente texto. Cabe-nos agora fazer os agradecimentos a todas as pessoas e instituições que permitiram que o trabalho pudesse ser realizado com sucesso. Esta tarefa é sempre um exercício de memória, em que se corre o risco de deixar de fora alguém.

Gostaríamos de começar por agradecer a todas as mulheres que, anónima e gentilmente, partilharam a sua experiência de mutilação genital feminina (MGF). Uma palavra a todos os homens que, também anonimamente, se disponibilizaram a falar sobre a temática.

Uma palavra de reconhecimento pelo empenho das instituições e ONG parceiras que connosco colaboraram e que foram incedíveis no apoio a esta investigação: à União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), à Associação Aguinense – Associação Guineense de Solidariedade Social; à Associação Musqueba; e à Solidariedade Imigrante – Associação para a Defesa dos Direitos dos/das Imigrantes.

Agradecemos ainda a todos os informadores e informadoras privilegiados/as cujo apoio e conhecimento foi fundamental para o desenvolvimento da investigação. Nesse sentido, gostaríamos de destacar a colaboração de Lisa Vicente (Médica, Direcção-Geral da Saúde), António Carlos Silva (Médico, AJPAS – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde), Yasmin Gonçalves (Psicóloga, P&D Factor), Eneida Injai Queta e Fatumata Djaú Baldé (Presidente do CNAPN – Comité Nacional para o Abandono de Práticas Tradicionais Nefastas à Saúde da Mulher e da Criança). Ao Sr. Director-Geral da Saúde, Dr. Francisco George, agradecemos a disponibilidade demons-

trada para que a equipa de investigação pudesse aceder à Plataforma de Dados em Saúde. Agradecemos, ainda, à equipa da Plataforma de Dados em Saúde: Diogo Reis, Paulo Sá, Arlete Monteiro, Vitor Matias e Henrique Martins pela disponibilização dos referidos dados.

A todos os investigadores e investigadoras que participaram neste estudo e cujo empenho, trabalho rigoroso e competência foram determinantes para a sua execução.

Finalmente uma palavra para a Fundação para a Ciência e a Tecnologia, na pessoa da Dra. Isabel Mendonça de Carvalho, pela disponibilidade sempre manifestada à equipa de investigação.



# 1. INTRODUÇÃO

O presente livro, com o título ‘Mutilação Genital Feminina em Portugal: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação’, resulta do trabalho desenvolvido no âmbito de um projecto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e desenvolvido por uma equipa do CESNOVA/CICS.NOVA<sup>1</sup> da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

O projecto atrás referido tinha como objectivos:

- avaliar a prevalência de mutilação genital feminina (MGF) em Portugal relativamente às meninas, raparigas e mulheres vitimizadas, por tipo de mutilação (tipologia da Organização Mundial de Saúde);
- avaliar a prevalência de meninas em risco de MGF, por tipo de mutilação;
- conhecer o contexto sociocultural da prática, nomeadamente, o local onde é praticada a excisão, a idade com que a mulher foi submetida à prática, data de chegada a Portugal, país de origem, país de nascimento dos pais e tempo de permanência destes no país, pertença étnica, quem promove a manutenção das práticas tradicionais, grau de coesão grupal;
- analisar qualitativamente as representações sociais das comunidades relativamente a estas práticas;
- avaliar qualitativamente a percepção das comunidades sobre o conhecimento e adequação das políticas públicas nacionais existentes com vista à sua eliminação;
- avaliar qualitativamente a estrutura de respostas clínicas e a percepção de profissionais de saúde relativamente ao seu conhecimento da MGF e à sua intervenção;
- produzir recomendações relativamente à eliminação da MGF em Portugal.

---

<sup>1</sup> A proposta submetida à Fundação para a Ciência e a Tecnologia para a realização do estudo foi feita no âmbito do CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. No decurso do projecto, ocorreu uma reestruturação que deu lugar ao CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, pelo que se fará sempre a dupla referência CESNOVA/CICS.NOVA.

Um estudo com estes objectivos implicou a constituição de uma equipa pluridisciplinar integrando várias áreas científicas e diferentes graus de conhecimento e intervenção no terreno. Nomeadamente, nas áreas da Sociologia, Antropologia, Psicologia, Estudos de Género, em particular sobre as Mulheres, Ginecologia, Sexologia, Saúde Pública, Direito e Estatística.

A equipa de investigação é constituída por um núcleo central de investigadores/as do CESNOVA/CICS.NOVA, da FCSH/UNL, sob a coordenação científica de Manuel Lisboa, da mesma instituição, e procurou integrar as valências de investigadores e especialistas de outras instituições, em especial do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e da Faculdade de Ciências e Tecnologia (FCT), da Universidade Nova de Lisboa, da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC) e da União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR).

De salientar, desde logo, a participação de três sociólogos/as da Universidade Nova de Lisboa, pertencentes ao Observatório Nacional de Violência e Género (CICS.NOVA), que, desde 1995, têm vindo a realizar estudos de âmbito nacional sobre a violência contra as mulheres, doméstica e de género, sendo a única equipa nacional com experiência de estudos de prevalência sobre a violência contra as mulheres, sendo de destacar a coordenação operacional no terreno de Dalila Cerejo e a aplicação das metodologias quantitativas e cálculo estatístico de Ana Lúcia Teixeira. Ainda no âmbito das ciências sociais, julgamos da maior importância a participação de uma consultora, antropóloga, com trabalho efectivo no domínio da mutilação genital feminina/corte dos genitais femininos (MGF/C) (Alice Frade).

Tendo a MGF/C uma componente significativa na área da Saúde, é também de salientar a inclusão na equipa de investigadoras do IHMT (Rosário Oliveira Martins, Ana Belinda Teixeira, Sofia Antunes), com uma vasta experiência em estudos de epidemiologia, particularmente nos países africanos de onde migram grande parte das mulheres que foram submetidas à MGF/C.

Igualmente, é de salientar a relevância da área da Psicologia, em articulação com a saúde sexual e reprodutiva, onde se destaca a participação de uma investigadora com amplo trabalho neste domínio (Gabriela Moita, então presidente da SPSC).

No apoio à reflexão sobre as medidas a adoptar, a equipa contou ainda com a colaboração de uma consultora na área do Direito e de uma técnica (ambas da UMAR), com experiência de terreno no acesso às populações e à intervenção na área da MGF/C, particularmente nas populações provenientes da Guiné-Bissau (Elisabete Brasil e Catarina Moreira, respectivamente).

Foi igualmente muito importante a participação de outros/as investigadores/as com conhecimento directo sobre esta realidade, como Alexandra Alves Luís, Cadidjatu Baldé e Tchernon Baldé.

### **1.1. Abordagem metodológica**

Hoje, o estudo de fenómenos que envolvam a acção social obriga cada vez mais a uma ruptura epistemológica com as formas tradicionais de praticar a investigação científica e a procurar novos conceitos e instrumentos metodológicos que permitam uma abordagem da complexidade dos problemas a pesquisar, na multiplicidade das suas dimensões, antagonismo e complementaridade de ritmos de mudança e intersecção de níveis de estruturação das variáveis em presença. Em última instância, a realidade a estudar é holística e dinâmica. Cabe à investigação construir os instrumentos que melhor possam captar essa característica.

Enquanto estratégia de investigação, neste estudo sobre a mutilação genital feminina, procurámos seguir duas vias: por um lado, adoptar um olhar intersistémico que desse conta da confluência dos sistemas biológico, personalidade, social e cultural, na linha das propostas de Talcott Parsons (1964); por outro lado, organizar a investigação de modo a captar os diferentes níveis de estruturação e inscrição do social, adoptando três escalas de observação, macro, meso e micro. A primeira, usando sobretudo os instrumentos quantitativos, como os dados das estatísticas oficiais; a segunda, recorrendo a um inquérito sociológico; e a terceira, através de entrevistas em profundidade.

De facto, por exemplo, os valores e modelos culturais usados pelas pessoas envolvidas na justificação da manutenção da prática da mutilação, ou pelo menos na sua não erradicação plena, assim como das que se lhe opõem, não são independentes das suas posições e papéis sociais, nem das suas características biológicas. Daí que tenhamos adoptado uma estratégia de pesquisa que se desenvolvesse do mais visível para o

menos, por etapas, e sempre procurando estabelecer uma articulação entre elas.

Dada a escassez de informação, particularmente em Portugal, recorreu-se a uma metodologia mista que inclui tanto componentes quantitativas como qualitativas que, partindo do conhecimento já produzido, procurou ultrapassar as dificuldades encontradas.

Ao longo das várias etapas de investigação descritas em seguida, far-se-á uma abordagem mais detalhada da estratégia de investigação que a equipa seguiu bem como dos instrumentos metodológicos usados, particularmente na recolha de dados, crítica das fontes, tratamento e análise dos dados.

Tendo em consideração as características não só da temática como das próprias populações – não é uma prática generalizada, o universo é desconhecido e a população-alvo é de difícil acesso – houve necessidade de recorrer a métodos indirectos de observação.

Sendo este o primeiro estudo em Portugal de carácter científico de estimação de prevalências a nível nacional, este representa um primeiro momento de análise que poderá ser objecto de desenvolvimentos futuros, e que poderá servir de referencial para o trabalho de investigadores/as, académicos/as, membros de ONG e todos/as os/as que desenvolvam ou pretendam desenvolver trabalhos nesta área.

Como se disse, este trabalho envolveu uma combinação de diferentes metodologias de investigação, que serão detalhadas mais adiante.

Em síntese, o trabalho teve início com um extenso levantamento bibliográfico seguido de uma análise crítica. De acordo com o levantamento bibliográfico efectuado, a equipa de investigação desenvolveu o estado da arte relacionado com a prática da MGF/C e o respectivo enquadramento sociocultural. As referências bibliográficas foram analisadas à luz do tipo de informação que fornecem, nomeadamente se são publicações com análise meramente teórica da MGF/C ou com informação quantitativa. Ainda no que diz respeito ao estado da arte, a equipa de investigação concentrou esforços na definição conceptual da MGF/C a utilizar nesta investigação, partindo da definição e das tipologias da Organização Mundial de Saúde (OMS), que têm orientado quer as normas legislativas internacionais, quer a intervenção, mas com a preocupação de os tornar operacionalizáveis do ponto de vista empírico para a sua aplicação no trabalho de campo a efectuar. Nesse sentido, a

conceptualização da MGF/C e das suas tipologias foi, também, analisada em articulação com a legislação portuguesa e com as orientações técnicas que têm surgido, nomeadamente, da Direcção-Geral da Saúde, da Escola de Polícia Judiciária e da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco.

Um segundo momento corresponde à realização de entrevistas exploratórias a informadores/as privilegiados/as, nomeadamente a profissionais de saúde, presidentes e técnicos/as responsáveis de associações de imigrantes, elementos do sistema judicial português com conhecimento sobre a MGF/C, mulheres submetidas à prática e familiares dessas mulheres. Para tal, e tendo em conta as diferentes populações-alvo, foram construídos 5 guiões de entrevista, analisados, discutidos e desenvolvidos em reuniões com a equipa de investigação, beneficiando das suas diversas valências. De salientar ainda que algumas das entrevistas realizadas, nomeadamente as aplicadas a mulheres vítimas da prática e seus familiares, sofreram um constrangimento linguístico: muitas das mulheres entrevistadas e familiares não dominavam a língua portuguesa, o que obrigou a que as entrevistas decorressem em crioulo.

Com base no conhecimento já produzido sobre esta realidade, partiu-se então para o estudo do fenómeno na sua dimensão quantitativa, através de um levantamento e crítica das fontes estatísticas disponíveis. A análise prévia destes dados será descrita mais adiante bem como a explicitação das opções metodológicas adoptadas. Por forma a obter dados comparáveis a nível internacional, foi ainda realizada uma análise comparativa da situação do conhecimento sobre a MGF/C nos 28 países da União Europeia, com base nos relatórios produzidos pelo Instituto Europeu para a Igualdade de Género (EIGE, 2013a; 2013b; 2013c).

Os dados das estatísticas oficiais foram então organizados e trabalhados no sentido de responderem às necessidades específicas do cálculo não só da prevalência de MGF/C em Portugal como também do número de meninas que já foram ou serão provavelmente submetidas à prática.

Os dados dos questionários foram inseridos numa base de dados (SPSS), validados e preparados para a análise. As conclusões relativas aos dados analisados serão apresentadas mais adiante.

As entrevistas foram objecto de uma análise do conteúdo cujos principais resultados serão desenvolvidos mais adiante.

## 1.2. Apresentação da obra

O presente livro foi organizado em sete capítulos, pretendendo esta introdução explicitar o quadro institucional e as condições para o desenvolvimento do trabalho, ao nível dos objectivos, da equipa de investigação e da metodologia. Segue-se um capítulo com o estado do conhecimento sobre a MGF/C, quer a nível nacional, quer a nível internacional. Os capítulos seguintes referem-se aos resultados da investigação empírica realizada, tendo em conta os diferentes níveis de análise pretendidos. Deste modo, o capítulo 3 inclui os cálculos de prevalência de MGF/C em Portugal bem como a estimação do número de meninas que já foram ou provavelmente serão ainda submetidas à prática. Segue-se o capítulo 4 com a análise dos contextos e características inerentes à prática da MGF/C, resultante de um inquérito efectuado junto de mulheres e homens pertencentes às comunidades analisadas. No capítulo 5, procura fazer-se uma análise qualitativa dos contextos socioculturais onde a MGF/C pode ser praticada (dinâmicas, processos, modelos e valores culturais), recorrendo a entrevistas em profundidade a mulheres, homens e profissionais de saúde. A investigação empírica completa-se, no capítulo 6, com a análise da única base de dados existente em Portugal com casos já registados de MGF/C, que é a Plataforma de Dados da Saúde. Finalmente, no capítulo 7 é elaborado um conjunto de recomendações consideradas fundamentais para a continuação do combate e prevenção da MGF/C, que contempla as áreas da prevenção, da integração, da formação, do conhecimento e da cooperação.

## 2. ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE A MGF/C

A mutilação genital feminina (MGF) ou corte dos genitais femininos (CGF) é reconhecidamente uma grave violação dos direitos humanos das mulheres de todas as idades. Entendemos a temática em causa como um claro problema social que assenta em questões de discriminação e estigmatização com base no género, enraizadas em assimetrias de poder, reflectindo uma das muitas formas de violência contra as mulheres - física, psicológica, sexual - e com nefastas consequências para a saúde, educação e empoderamento das crianças, jovens e mulheres vítimas desta prática. O estado da arte que aqui se apresenta recorre a dois tipos de fontes bibliográficas disponíveis. Por um lado, relatórios sobre: prevalência da MGF/C em países onde está documentada (identificados mais adiante); prevalências nos países de acolhimento de comunidades migrantes provenientes de países praticantes; consequências ao nível da saúde das mulheres e crianças; e aplicação de políticas públicas de combate à MGF/C e o quadro legal que pune e criminaliza esta prática (em alguns países) como um ato de violência contra mulheres e crianças (que as impede de exercer, entre outros, o direito à identidade e cidadania plena). Em segundo lugar, estudos académicos e científicos que se debruçam sobre a prática e que tentam desconstruí-la do ponto de vista das percepções e inculcação de crenças, valores e atitudes culturais específicas em que a MGF/C é tida como uma prática suportada culturalmente e constituinte da identidade de algumas comunidades e/ou países. Com esta obra, a equipa de investigação pretende produzir conhecimento novo no quadro científico e académico para que a aplicação de políticas públicas de eliminação da MGF/C seja cada vez mais eficaz e sustentada.

A MGF/C, enquanto prática, “viola um conjunto de direitos humanos fundamentais, normas e princípios de igualdade de género e não discriminação, bem como o direito inalienável à vida e o direito a ser livre de tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante” (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina, s.d.). Concomitantemente, é clara, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a sua condenação.

Definida como “todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos” (APE, 2009: 1), é comumente praticada em raparigas entre os 0 e os 15 anos, mas também em mulheres adultas, podendo ocorrer desde o nascimento até ao casamento e pós-parto, variando conforme as comunidades e o contexto sociocultural.

Esta intervenção poderá, de acordo com a tipificação da OMS apresentada na declaração conjunta subscrita por dez organismos das Nações Unidas (WHO, 2008), integrar um conjunto de práticas divididas em quatro grandes tipos:

- Tipo I – Clitoridectomia: remoção parcial ou total do clitóris e/ou do prepúcio do clitóris
  - o Ia: remoção apenas do prepúcio (capuz) do clitóris
  - o Ib: remoção do clitóris com o prepúcio
- Tipo II – Excisão: remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, podendo haver um corte dos grandes lábios (em francês, o termo excisão abrange todos os tipos de MGF/C)
  - o IIa: remoção apenas dos pequenos lábios
  - o IIb: remoção total ou parcial do clitóris e dos pequenos lábios
  - o IIc: remoção total ou parcial do clitóris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios
- Tipo III – Infibulação: estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clitóris
  - o IIIa: remoção e aposição dos pequenos lábios
  - o IIIb: remoção e aposição dos grandes lábios
- Tipo IV: outras intervenções sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo, práticas como punção/picar, perfuração, incisão, cortes, escarificação (cicatrizes) e cauterização (queimaduras). O tipo IV inclui ainda, de acordo com a própria (OMS), práticas como o estiramento/alongamento dos lábios vaginais e a introdução de substâncias nocivas na vagina. De referir que o tipo IV está já documentado em Moçambique, na província de Tete. De facto, nesta região, é comum as meninas começarem, a partir dos 8/9 anos, a alongar os labia minora (localmente designada por puxa-puxa ou kukhuna ou kupfuna). Nesta província, é também comum as rapari-



gas/mulheres introduzirem produtos na vagina de modo a apertá-la, secá-la ou para tratar doenças (Bagnol & Mariano, 2012).

Ainda no que diz respeito à definição conceptual da MGF/C utilizada a equipa de investigação partiu da definição e das tipologias da OMS, que tem orientado quer as normas legislativas internacionais, quer a intervenção, mas com a preocupação de as tornar operacionais do ponto de vista empírico para a sua aplicação no trabalho de campo a efectuar. Nesse sentido, a conceptualização da MGF/C e das suas tipologias foi, também, analisada em articulação com a legislação portuguesa e com as orientações técnicas que têm surgido, nomeadamente, da Direcção-Geral da Saúde, da Escola de Polícia Judiciária e da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco.

As estimativas da OMS apontam para que, globalmente, 90% das MGF/C sejam do tipo I, II e IV e que 10% sejam do tipo III e que cerca de 130 milhões de crianças do sexo feminino tenham sido submetidas a um dos tipos de mutilação genital e 3 milhões por ano estejam em risco, apenas no contexto do continente Africano (WHO, 2000). A prática dos tipos I, II e III foi documentada em 28 países africanos, nalguns países da Ásia e do Médio Oriente (Equality Now, City University London, UCL Elizabeth Garrett Anderson Institute for Women's Health & FORWARD, 2012).

O II Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina acrescenta que a MGF/C “é praticada pontualmente em alguns países da Península Arábica, como Omã, Iémen, Bahrein e Emirados Árabes Unidos, assim como em algumas regiões da Indonésia e Malásia. Também na Índia a prática da mutilação é realizada por um pequeno grupo étnico” (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina, s.d.: 19). Noutros países, a MGF/C é realizada em ambiente hospital (medicalização da MGF/C), uma prática que foi já proibida, por exemplo pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pela OMS. No entanto, ainda há profissionais de saúde (por exemplo, no Egipto) que realizam a prática violando, por vezes, até a lei do seu próprio país. Como refere Martingo, “ao termo Cirurgia Genital Feminina está associada uma implícita aceitação que esta prática seja feita por profissionais de saúde, em meio hospitalar [...]. Associada a esta designação situa-se, assim, o que é referenciado como a medicalização do corte dos genitais, questão esta que tem sido

amplamente debatida em contexto europeu e alvo da maior oposição por parte das organizações de defesa dos direitos humanos” (2009: 28).

A MGF/C, enquanto prática, acompanha as populações migrantes, tornando-se, assim, numa preocupação de muitos países europeus que acolhem estas populações que adoptam a MGF/C como parte integrante de uma tradição cultural que transportam. Ao mesmo tempo, novas dinâmicas populacionais trouxeram a incidência de MGF/C a países, um pouco por todo o mundo, onde tradicionalmente esta não era praticada. A Europa, a América do Norte, a Austrália e a Nova Zelândia são regiões do globo em que o fim da MGF/C se tornou numa preocupação premente. De resto, e a título de exemplo, um relatório produzido para a Inglaterra e o País de Gales refere que, apenas nestes dois países, existem 10 mil raparigas que já foram ou ainda serão submetidas à MGF/C. Os dados para a prática consumada apontam para 127.000 mulheres residentes nos 2 países (Macfarlane & Dorkenoo, 2014).

Actualmente é possível elencar 50 países onde a MGF/C está registada, entre os quais:

África			Ásia	Médio Oriente
Benim	Gana	Rep. Centro-Africana	Índia	Omã
Burkina Faso	Guiné <sup>2</sup>	Rep. Dem. Congo	Indonésia	Iémen
Camarões	Guiné-Bissau	Senegal	Sri Lanka	Em. Árabes Unidos
Chade	Libéria	Serra Leoa	Malásia	Iraque
Costa do Marfim	Mali	Somália		Israel
Djibuti	Mauritânia	Sudão		
Egipto	Moçambique	Tanzânia		
Eritreia	Níger	Togo		
Etiópia	Nigéria	Uganda		
Gâmbia	Quénia			

Há ainda referências a grupos indígenas na América Central e do Sul, como por exemplo no Peru e Colômbia. De facto, a partir de 2007, surgiram evidências de casos de MGF (tipo I – clitoridectomia) entre o

2 Sempre que se referir Guiné, está-se a aludir à Guiné-Conacri; distinguir de Guiné-Bissau e Guiné Equatorial.

povo Embera (Colômbia). Apesar das informações serem ainda escassas sabe-se que esta prática é realizada em recém-nascidas (UNFPA, 2011).

Embora não seja assumida como uma prática local, há dados que atestam, devido a processos migratórios e pedidos de asilo, a existência de meninas, raparigas e mulheres com MGF/C (ou em risco de) em países como:

Alemanha	Espanha	Lituânia
Austrália	EUA	Luxemburgo
Áustria	Estónia	Malta
Bélgica	Finlândia	Polónia
Bulgária	França	Portugal
Canadá	Grécia	Reino Unido
Chipre	Holanda	República Checa
Croácia	Hungria	Roménia
Dinamarca	Irlanda	Suécia
Eslováquia	Itália	
Eslovénia	Letónia	

As pessoas migrantes transportam consigo um conjunto de valores, crenças e rituais (culturais), que se tornam parte das suas trajetórias e vivências. Esse quadro referencial que constrói a identidade da pessoa migrante, particularmente quando falamos do fenómeno da MGF/C, intercepta-se com elementos macro sociológicos como a etnicidade, a nacionalidade e o género, sendo crucial abordar a prática através da ligação entre eles. Como nos refere Russel,

“an intersectional approach has been proposed as the only approach one can take to migration to fully represent the complexity of migrants’ identities, experiences and trajectories. And yet intersectional analyses often only include gender, nationality, class, “race”, and ethnicity, with religion mentioned in passing as an attribute of ethnicity” (2012: 760).

São vários os organismos internacionais que pretendem actuar na erradicação da MGF/C, tanto de um ponto de vista de implementação de políticas públicas, prevenção e sensibilização das comunidades, como da penalização e criminalização da prática.

As Nações Unidas começam a chamar a atenção para o fenómeno no final da década de 1970, quando a MGF/C era considerada ainda apenas uma questão de saúde. O mesmo organismo encara agora o fenómeno como algo que espartilha as mulheres e as meninas numa vivência onde lhes é negado o direito à igualdade, à saúde, à educação, a não serem torturadas, a não serem violentadas, etc. Em 1992, o Comité das Nações Unidas para a Eliminação e Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) aprova a recomendação n.º19 onde surge pela primeira vez a palavra mutilação. Mas o flagelo que o fenómeno representa obrigou a que o caminho percorrido conduzisse, em 2012, a uma resolução das Nações Unidas onde a MGF/C é banida e onde os países são encorajados a tomarem todas as medidas necessárias para condenar as práticas que se verificarem nos seus países. Esta resolução reflecte o reconhecimento internacional da gravidade do fenómeno e da necessidade incontornável dos países tomarem medidas para o seu combate (EIGE, 2013b). Não poderíamos, igualmente, deixar de referir a declaração conjunta de 2008 que reuniu 10 entidades das Nações Unidas e que, baseada em novas evidências e experiência acumulada, realça o facto do combate contra a MGF/C exigir uma convenção social coordenada com as várias organizações e as comunidades praticantes de MGF/C (APF, 2009).

Também o Conselho da Europa tem definidas, na sua agenda, políticas e recomendações de combate à MGF/C. A título de exemplo, em 2009, a resolução 1662 reafirma que medidas concretas devem ser tomadas e que os estados membros deverão utilizar todos os instrumentos internacionais necessários para a prevenção, protecção das vítimas e possíveis vítimas e punição de responsáveis. Esta resolução conduz, em 2011, a um marco histórico, até pelo seu carácter mais abrangente no combate à violência de género e violência contra as mulheres: a criação da Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica (ou Convenção de Istambul (CoE, 2011)). A importância desta convenção reside no facto de ser “the first legally binding instrument in Europe to prevent and combat violence against women as well as the most far-reaching international treaty to tackle serious violations of women rights” (EIGE, 2013b: 35). O artigo 38 desta convenção refere-se especificamente à MGF/C e a medidas que deverão ser produzidas pelos estados membros: medidas preventivas, medidas de protecção das vítimas e esforços

concertados de coordenação e compreensão do fenómeno para aplicação de políticas públicas.

O Parlamento Europeu tem sido igualmente activo na produção de resoluções que têm como meta a erradicação do fenómeno. Em 2001, adoptou a primeira resolução sobre a MGF/C (European Parliament, 2001), considerando a prática como um sério atentado aos direitos humanos. Em 2007, várias resoluções foram aprovadas com o enfoque na saúde reprodutiva, na situação das mulheres de grupos minoritários, desenvolvimento, violência sobre as mulheres, direitos da criança e MGF/C. A mais recente resolução sobre o fenómeno da MGF/C data de Junho de 2012 e tem como objectivo o fim da prática, estipulando claramente que “any form of female genital mutilation is a harmful tradition practice that cannot be considered part of religion, but is an act of violence against women and girls which constitutes a violation of their fundamental rights” (EIGE, 2013b: 38).

Entendemos a MGF/C da mesma forma que muitos organismos nacionais e internacionais que se debruçam sobre o acompanhamento e estudo deste problema transversal a muitos países: uma prática que afecta os direitos e a saúde das mulheres, com consequências que, em muitos casos, resultam na morte destas mulheres e raparigas. Falamos do impacto ao nível da saúde física e mental das crianças, jovens e mulheres, mas também ao nível dos direitos e saúde sexual e reprodutiva as consequências são nefastas. Como refere um estudo de caracterização da MGF/C incluindo as representações e conhecimentos de profissionais de saúde que tentou mapear o fenómeno em Portugal, as consequências podem ser graves e “imediatas (hemorragia, infecções localizadas e septicemias) e tardias, estas persistindo durante uma vida: infecções genitais e urinárias, dores e lacerações durante as relações sexuais, hemorragias e fístulas obstétricas acarretando dores, incapacidade, infertilidade” (Gonçalves, 2005: 3). De entre as consequências mais gravosas à saúde de mulheres e crianças, o relatório do EIGE (2013b) refere que o risco de contrair VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis é maior. Para além das consequências acima assinaladas, raparigas ou mulheres podem revelar alguns dos seguintes sintomas: dificuldade de drenagem de secreções e sangue menstrual, infecção urinária recorrente, fibrose cicatricial. Ao nível obstétrico podem advir da prática consequências como a obstrução do trabalho de parto, uma rotura dos tecidos, um prolongamento do período expulsivo,

ocorre também um aumento do número de cesarianas, sofrimento fetal e um trabalho de parto prolongado e doloroso (Campos, 2010).

Outros profissionais de saúde referem que se pode ainda registar a ocorrência de “quistos sebáceos ou de inclusão (quistos dermatóides), quelóide, úlcera, neurinoma e dismenorreia” (Vicente, 2007: 91).

A vivência da sexualidade da mulher é igualmente afectada. A diminuição e/ou ausência de sensibilidade e de prazer sexual, dispareunia, dificuldade na penetração vaginal e anorgasmia, sendo que as consequências do foro psicológico se revelam no medo da ocorrência de relações sexuais e em muitos casos se manifestam através do síndrome de stress pós-traumático (Vicente, 2007). Nesse sentido, a vivência da sexualidade das mulheres ou raparigas submetidas à prática é afectada. Por exemplo, “a penetração vaginal feita através do tecido genital lesado e cicatrizado pode ser difícil ou impossível, existindo ruptura do tecido, provocando novas hemorragias e dor intensa” (Gonçalves, 2005: 21).

O processo ou ritual através do qual é realizada a MGF/C é um dos factores que explica as consequências nefastas, e por vezes fatais, para as crianças, raparigas e mulheres que a ela são submetidas. A utilização de utensílios (facas, lâminas ou mesmo pedaços de vidro) que não são esterilizados bem como a ausência de anestesia e/ou cuidados anti-sépticos, num procedimento que pode demorar até 20 minutos contribuem, em grande medida, para as consequências supracitadas (Frade & Gonçalves, s.d.).

Um outro estudo sobre os impactos da mutilação genital feminina na saúde das crianças, raparigas e mulheres, revelou que qualquer tipo de MGF/C pode causar complicações obstétricas e mortes infantis. O estudo concluiu também que as “crianças de mães que se submeteram a formas mais extensivas e [invasivas] da MGF/C tinham maior risco de morrer durante o parto, em comparação com as crianças de mães não sujeitas à MGF/CGF” (Otoo-Oyortey, 2007: 13).

Ainda que Portugal seja um dos indicados pela Organização Mundial de Saúde como um país de risco no que respeita à MGF/C, devido à forte presença das comunidades oriundas de países onde a aquela é prática frequente, a legislação enquadrava a MGF/C no artigo que remete para ofensa à integridade física grave, de forma a “tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, [...] as capacidades [...] de fruição sexual” (art.º 144). Mais recentemente, os grupos parlamentares do BE, PSD e CDS, apresentaram os Projectos de Lei n.º 504/XII, 517/XII e 515/XII,

para alteração do Código Penal, visando a autonomização do crime de Mutilação Genital Feminina (MGF). Este Projecto de Lei remete para a convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica (artigo 38º), adoptada em 11 de Maio de 2011 que “prevê explicitamente que os Estados Partes tomem as medidas legislativas ou outras necessárias para assegurar a criminalização desta prática” (III Plano de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina). O crime de mutilação genital feminina foi recentemente autonomizado pela Lei n.º83/2015, correspondente à trigésima oitava alteração ao Código Penal, no seu Artigo 144.º-A. Não são de ignorar, em todo o caso, os esforços que, até então, tinham vindo a ser feitos para o seu combate: a resolução n.º71/2010 da Assembleia da República recomenda um forte esforço para se reduzir as práticas enraizadas culturalmente mas que se demonstrem nefastas, referindo-se especificamente à MGF/C. Também a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (n.º147/99, de 1 de Setembro) se refere à necessidade de intervenção directa em casos de detecção de situações efectivadas de MGF ou crianças que estejam em risco de sofrer esta prática; em matéria de saúde é de reter as Orientações Técnicas sobre MGF da Direcção-Geral de Saúde (Orientação 005/2012 de 6/02/2012), nomeadamente o Fluxograma – Abordagem e protecção da recém-nascida, criança e jovem no âmbito da mutilação genital feminina (DGS, 2012).

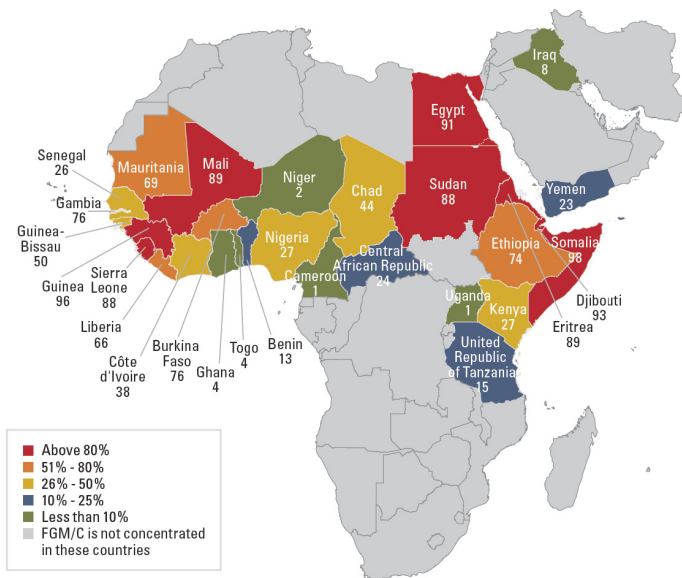
À semelhança do que acontece noutros países europeus, e visando objectivos científicos e de direitos humanos, urge aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno em Portugal, através do levantamento de dados da prevalência e caracterização de forma tanto quantitativa como qualitativa, como de resto referem o I, II e III Programas de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina – 2007-2010, 2011-2013 e 2014-2017, respectivamente. Nesse sentido, as seguintes páginas deste estado do conhecimento sobre a MGF/C em Portugal, aprofundarão as causas, percepções, representações sobre a prática e os seus contextos socioculturais que contribuem para a perenidade desta prática nefasta.

A definição de MGF/C “esconde uma diversidade de realidades, sentidos e experiências” (Cunha, 2013: 843) ao mesmo tempo que assume várias designações consoante o país e o grupo que a pratica. Dependendo dos países onde a MGF/C ocorre, podemos encontrar algumas das seguintes designações: circuncisão feminina, excisão, *sunna*, operação,

cirurgia genital feminina, clitoridectomia, prática tradicional, fanado, entre outras. Algumas comunidades islamizadas ou muçulmanas que praticam a MGF/C referem-se a ela como *sunna*, podendo ainda adquirir termos autóctones, como *fanadu* no crioulo da Guiné-Bissau, *ñyaka* *emmandinga* e *gudniin gadbahaada* em somali. Quanto ao uso do termo circuncisão – frequentemente usado mas impreciso e erróneo quando falamos de MGF/C – é necessário fazer uma clara distinção. Enquanto que a circuncisão, sempre masculina, pode acontecer por razões médicas ou indicações terapêuticas, sendo hoje reconhecida como prática de prevenção face ao VIH e SIDA, no caso da MGF/C, independentemente do tipo, não existem razões médicas ou clínicas que a justifiquem.

Do ponto de vista geográfico, a MGF/C encontra-se concentrada sobretudo no continente africano e Médio Oriente, numa linha que começa a oeste, no Senegal, até ao Iémen, a este, limitada pelo Egito a norte, e pela Tanzânia a sul.

**Figura 1. Percentagem de meninas e mulheres (15-49 anos) que foram submetidas à MGF/C por país**



Fonte: UNICEF (2013).



O primeiro documento encontrado que faz referência à MGF/C data de há 2200 anos atrás e reporta a existência de infibulações no Sudão, na costa oeste do Mar Vermelho. Na altura, no território do antigo Egipto existiam sociedades fortemente estratificadas com métodos apertados de controlar a “fidelidade”, em especial nas famílias socialmente mais elevadas. A infibulação era uma forma de diferenciação entre os grupos mais ricos e mais pobres, o símbolo de um “bom casamento” (Mackie, 2000). A MGF/C surge, assim, como uma prática destinada a controlar as mulheres, dentro das comunidades e do casamento bem como a sua sexualidade. Outros documentos ancestrais revelam que a prática da MGF/C começou no Egipto e no Sudão, ao longo do vale do Nilo, e que se dispersou por longas distâncias devido a relações comerciais e arranjo de casamentos entre tribos nómadas árabes (Oberreiter, 2008).

A origem da MGF/C não é inteiramente consensual. Alguns autores acreditam que a prática surgiu no Egipto. Por exemplo, Branco faz referência a análises forenses realizadas nas múmias egípcias na qual se observavam indícios da realização da prática (Branco, 2006) e a sua ritualização parece, já nesse período, apontar para uma clara diferenciação de género. No antigo Egipto acreditava-se que “o clitóris representava a parte masculina da mulher, tal como o prepúcio representava a feminina do homem. A remoção quer de um quer de outro será então necessária para a assunção de um papel social definido em função do género, permitindo ser «verdadeiros» homens e «verdadeiras» mulheres, com as responsabilidades e os papéis inerentes” (Martingo, 2009: 47).

A MGF/C é um ritual enraizado na cultura e estrutura social dos países praticantes, nomeadamente em culturas islamizadas ou muçulmanas embora não se circunscrevam a elas uma vez que a prática pode ser encontrada nas “três grandes religiões monoteístas” (Branco, 2006: 59). Mas, segundo a mesma autora, a MGF/C não é encontrada em nenhum dos livros sagrados das respectivas religiões. Assim, a sua associação com o Islamismo advém de uma outra leitura da vida de Abraão: “profeta e patriarca das três religiões monoteístas [...] casou com a bela mas estéril Sara, que, dada a impossibilidade de lhe dar filhos, sugeriu que ele tomasse outra mulher que lhe desse descendentes. Abraão escolheu Agar, a escrava egípcia, que engravidou. Existem várias versões do fim da história (a oficial consta do Velho Testamento, Génesis:16), mas a que interessa para o caso conta que Sara, apercebendo-se do interesse

crescente de Abraão por Agar, virou a sua ira contra a escrava, mutilando o seu órgão sexual” (Branco, 2006: 59). Outro argumento existente para a justificação da prática é o de que a “circuncisão foi ordenada por Deus a Abraão como sinal de aliança entre o seu povo e Deus, os defensores do corte vêem-no como uma obrigação para os descendentes do patriarca, indistintamente para homens e mulheres” (Martingo, 2009: 171).

Também alguns dos líderes religiosos islâmicos em Portugal não reconhecem a fundamentação da MGF/C nos costumes islâmicos uma vez que está ausente do Alcorão qualquer referência à prática: “Sheik David Munir, Imã da Mesquita de Lisboa, que é peremptório ao afirmar que o Islão é contra a mutilação de raparigas e mulheres, tal como é contra qualquer sofrimento voluntariamente infligido a terceiros” (Martingo, 2009: 173). Aliás, o sheik da Mesquita de Lisboa refere que o Islão condena todos os tipos de mutilação e que por sua vez este tipo de prática não é identificável com os princípios islâmicos, mas noutros casos existe nos *ahadice* em que é considerado que Maomé incitou a prática mas sem ser obrigatória tendo referindo-se a ela como “corte simbólico” (Branco, 2006). Apesar da ausência de referências à prática nos livros sagrados, nomeadamente o Alcorão, desconstruir a associação entre a tradição da prática da MGF/C e a religião parece ainda ser uma das questões centrais no debate sobre as causas da perpetuação da prática. Nesse domínio, ainda parece carecer a “divulgação da inexistência de referências explícitas e inequívocas a esta prática nos livros sagrados do Islão” (Martingo, 2009: 121). Também segundo Oberreiter (2008), a ligação entre religião e a MGF/C encontra-se rodeada de interpretações erróneas e pouco precisas. Nem no Antigo Testamento, nem no Alcorão, ou em qualquer escritura hebraica ou cristã se faz menção à execução de qualquer tipo de mutilação ou corte.

Mas outros factores culturais, para além da religião, parecem estar na génese da perpetuação da prática como, por exemplo, a preservação da virgindade e uma maior fertilidade das raparigas e mulheres. A MGF/C é vista como uma prática que visa reduzir os desejos sexuais das mulheres, as mantém fiéis aos maridos e virgens antes do casamento. Serão estas as bases para um “bom casamento”. Enquanto acto ritualizado, a MGF/C reproduziu-se culturalmente como uma condição para a obtenção de um casamento em sociedades marcadamente patriarcais e baseadas nos

princípios do casamento e da família. A MGF/C é, deste modo, difundida entre esses grupos, comunidades ou etnias praticantes e tem vindo a ser realizada por populações em que a castidade e a fidelidade femininas são muito valorizadas socialmente enquanto associadas à “honra da família”.

Assim, a representação do casamento, que dá à mulher um determinado estatuto social, é o principal motor de continuação desta prática, envolvendo uma convenção composta por expectativas recíprocas sendo por isso que tende a persistir. A título de exemplo, actualmente no Egipto e Sudão, a origem e justificação apontada à MGF/C não é apenas uma matéria relativa ao casamento, é também associada à virtude da mulher e à honra da sua família (Yoder, Camara, & Soumaoro, 1999). A MGF/C tem o objectivo de atestar e comprovar a honra das suas mulheres e o cumprir de um código de modéstia (Mackie, 2000).

Desta forma, a MGF/C surge como uma forma de perpetuar o controlo e o poder masculino e das famílias sobre a sexualidade de cada mulher ao longo da sua vida. Associada à pureza e virgindade das mulheres, é, em algumas comunidades, um pré-requisito para casar ao mesmo tempo que ajuda a manter a moralidade e a fidelidade. Às famílias, incube-se a responsabilidade de tornar as filhas “aceitáveis” para um futuro marido (Oberreiter, 2008: 21), perpetuando o domínio do homem sobre a mulher, em particular sobre a sua sexualidade. É considerada como infiel e promíscua toda a mulher que não se tenha submetido à prática da MGF/C: “it was very apparent that the control of female sexuality is a major driver in the continuation of the practice, with men and older women such as grandmothers being particularly motivated by this” (Brown, Beecham, & Barrett, 2013: 2).

Um clitóris não cortado, conforme visto nalgumas comunidades praticantes, pode crescer e aumentar o desejo sexual da mulher, pelo que a mulher pode tornar-se sexualmente hiperactiva e incontroável, pondo em risco a manutenção da virgindade e, conseqüentemente, expondo a sua família à desonra e vergonha (Oberreiter, 2008: 21). Entre as comunidades que praticam a MGF/C do tipo III (infibulação), acredita-se que uma abertura vaginal mais estreita confere maior prazer ao homem durante o acto e que, concomitantemente, previne o divórcio e a infidelidade dos próprios homens.

Desta forma, evidencia-se a articulação da MGF/C enquanto prática necessária para o casamento: “FGC is a matter of proper marriage” (Mackie, 2000: 254). A MGF/C deve ser entendida como uma tradição, com base nas práticas sociais em torno das relações familiares, em que estas são determinadas pelo que as outras famílias escolhem ou escolheram fazer. Trata-se de reproduzir, no seio familiar, as ações praticadas pela comunidade a que se pertence: “This critical mass then has incentives to recruit the rest of the audience (...) if a critical mass of people in an intramarrying group pledge to refrain from FGC, then the knowledge that they are a critical mass makes it immediately in their interest to keep their pledges and to persuade others to join in and, after persuasion, makes it in everyone else’s interests to join them” (Mackie, 2000: 255).

A MGF/C oprime e subjuga as raparigas e mulheres a formas de controlo sexual, com o objectivo de preservar e “controlar a integridade da linhagem, sendo por essa via que as mulheres asseguram poder e estatuto no grupo de parentesco nalgumas sociedades patrilineares e patrilocais” (Cunha, 2013: 841).

Um outro aspecto da perpetuação da MGF/C refere-se ao grau de pureza/limpeza, associados ao cheiro e à higiene dos órgãos genitais femininos. As raparigas ou mulheres que ainda não passaram pela MGF/C são consideradas “sujas”. No Egipto, as raparigas não excisadas recebem o nome de nighsa, “aquela que é suja” (Branco, 2006: 33). A razão relativa à beleza também se encontra relacionada com a questão da limpeza pois o clitóris é visto como sendo a parte masculina da mulher. Para a mulher se tornar mais bela e feminina, tem que se proceder à remoção do clitóris.

Para Martingo, o corpo surge como espaço de inscrição. É o ato de marcar, produzir alterações nos órgãos genitais, que vai permitir à mulher integrar-se na sociedade a que pertence. O corpo é usado como meio para a diferenciação e integração social (Martingo, 2009: 31). A alteração do corpo da mulher, através da alteração dos seus genitais, permite a sua progressão social, a sua passagem para a idade adulta ou, pelo menos, estar disponível socialmente para ser considerada como tal. A prática da MGF/C marca a aceitação de uma rapariga, futura mulher, como pura e como membro da comunidade a que pertence. É esperado que todas as crianças e jovens sigam esta tradição e realizem a prática,

submetendo-se ou deixando-se submeter a ela. A sua disponibilidade para ser submetida a este tipo de actos e a sua capacidade para aguentar a dor que deste processo resulta serão determinantes para definir a “força” que terá enquanto mulher: “Da criança e da jovem é esperado que siga a tradição e se submeta, ou seja submetida, à prática. A sua força será medida pela capacidade de aguentar o corte sem chorar ou sem deixar transparecer sinais de desconforto/dor” (Martingo, 2009: 43).

A MGF/C assume-se como um corte, uma mutilação, uma acção intencional, com base nos valores patriarcais cujo principal objectivo é a opressão e submissão das mulheres. O prazer sexual masculino e a honra da família são valorizados em detrimento da saúde, liberdade e autonomia sexual das mulheres.

Também para Mackie (2000) a prática da MGF/C é suportada por questões de género, associadas à sexualidade da mulher e seu controlo por parte do homem. Para a autora, na base destas comunidades praticantes de MGF/C, marcadamente patriarcais, encontramos a necessidade de que cada parte, homem e mulher, cumpra aquilo que é socialmente expectável: ao homem delega-se o sustento dos seus filhos e das mulheres ao mesmo tempo que necessita de garantias que os filhos são seus; a mulher procura ter a certeza de que o homem a vai sustentar. Assim, constrói-se uma relação de dependência que necessita do vínculo a práticas que a possam assegurar mas que produzem e reproduzem assimetrias e desigualdades de género que lhe estão associadas.

Um outro elemento de importante exploração da prática da MGF/C prende-se com quem pratica ou faz a mutilação ou corte e quem submete as raparigas, crianças e mulheres à prática. A literatura neste domínio parece apontar para que sejam especialmente as mulheres mais velhas das famílias (mães, avós, tias) que submetem as meninas e raparigas à prática, para que estas não sejam discriminadas ou estigmatizadas pelas comunidades de pertença. A pressão social, assente na tradição e nos valores culturais e crenças acima descritos, encarregam as mulheres mais velhas das famílias da perpetuação da MGF/C e da continuação da honra familiar. Muitas destas mulheres que submetem as suas descendentes mulheres à prática referem a importância da continuação de um ritual ao qual também elas foram submetidas e as suas mães e avós antes delas (Branco, 2006). É também importante referir que estas mulheres

não relacionam a MGF/C com as consequências para a saúde das meninas ou mulheres a ela submetidas: as infecções ou outras complicações e por vezes mesmo a morte são atribuídas aos “pecados” que a família possivelmente cometeu e isso levou a uma “intervenção divina” de castigo (Branco, 2006).

A literatura relacionada com a temática que nos ocupa distingue quem submete as meninas ou mulheres à prática e quem faz ou aplica a excisão ou corte. Como explica Martingo, partindo do exemplo do fanado na Guiné-Bissau, o corte é realizado por diferentes pessoas. Uma mulher mais velha, tradicionalmente conhecida por fanateca ou excisadora (Martingo, 2009: 113). Para estas mulheres, que muitas vezes também preparam os partos, os casamentos e o procedimento pós-parto, a MGF/C representa uma fonte de rendimento económico, para si e para a sua família. Ser fanateca ou excisadora parece estar envolto numa lógica de misticismo ou espiritualidade, com poderes especiais de protecção e de cura. Os poderes tradicionalmente associados a estas mulheres parecem ser transmitidos de geração em geração (Gonçalves, 2005). Assim, a MGF/C está inserida “numa rede de poder local, como os líderes religiosos tradicionais, circuncisadores/excisadoras, anciãos [...]. Em muitas sociedades, as anciãs que foram sujeitas à mutilação atuam como suas guardiãs, considerando-a essencial à identidade de meninas e mulheres. Esta é provavelmente uma razão pela qual mulheres, frequentemente as mais velhas, apoiam a prática e encaram os esforços para a combater como um ataque à sua identidade e cultura (APF, 2009: 9).

Apesar de, aparentemente, a decisão de submeter as meninas e mulheres ao acto seja atribuída às mulheres, este é “um ritual perpetrado por mulheres... para capricho dos homens” (Branco, 2006: 51). Nesse sentido, os homens têm um papel na perpetuação da mutilação genital feminina uma vez que muitas das causas para a sua prática remetem para as crenças na fidelidade, na preservação da virgindade (no caso das futuras mulheres), na honra da mulher e da sua família e no aumento do prazer sexual masculino. Em sociedades marcadamente patriarcais, o acto de excisar, cortar ou mutilar não é apenas uma decisão das mulheres, podendo o homem opor-se à sua realização. Como explica Sofia Branco, é necessário reeducar os homens, já que, conhecendo as consequências da prática, parecem ficar mais dispostos para

contribuir para a sua interrupção, nomeadamente no que diz respeito às suas próprias filhas. Sendo um dos objectivos deste trabalho a elaboração de recomendações, bem como a análise qualitativa das representações e percepções sobre a MGF/C, o envolvimento dos homens na sua prática será aprofundado quando nos referirmos à análise das entrevistas realizadas, bem como na elaboração de recomendações para a sua eliminação.

Apesar do estado do conhecimento sobre a MGF/C aqui apresentado apontar algumas das causas e motivos para a sua perpetuação, ao longo do presente estudo a equipa de investigação acrescentará outros elementos pertinentes que resultam da pesquisa de terreno realizada junto das comunidades imigrantes de países onde a MGF/C é praticada actualmente a residir em Portugal.

Sendo Portugal um país com tradição no acolhimento de migrantes oriundos de países onde se realiza a prática (Guiné-Bissau, Nigéria e Serra Leoa, entre outros), as páginas que se seguirão apresentarão os dados sobre a prevalência da MGF/C em território português, através do recurso a uma metodologia quantitativa. Concomitantemente, exploraremos os contextos socioculturais destas comunidades, as suas representações e percepções em relação à MGF/C, através do recurso a uma metodologia qualitativa que envolveu a realização de entrevistas em profundidade e 123 questionários aplicados a homens e mulheres naturais de países onde a MGF/C é praticada.

### **3. PREVALÊNCIA DE MGF/C EM PORTUGAL**

O cálculo da prevalência de MGF/C em Portugal resultou de um processo com diferentes fases. Num primeiro momento foi identificada a metodologia mais adequada à estimação do número de mulheres, residentes em Portugal, afectadas pela MGF/C. Para tal foram analisados os estudos realizados a nível europeu neste âmbito e recolhidos os dados relativos à prevalência de MGF/C nos países onde ela é praticada. Num segundo momento foram estudadas diferentes fontes que nos pudessem fornecer informação relativa ao número de mulheres residentes em Portugal provenientes dos países identificados como praticantes de MGF/C. Foram igualmente analisadas as fontes disponíveis da informação relativa ao número de meninas (com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) que pudessem estar em risco de serem sujeitas à prática (quer por terem nascido em países de risco quer por serem filhas de pais/mães provenientes desses países). Por último, e com base na selecção das fontes e das opções metodológicas tomadas, que de seguida detalharemos, foi feito o cálculo da prevalência da MGF/C em Portugal, com desagregações a vários níveis que incluem o país de origem, o escalão etário e a dimensão territorial (nacional, distrital, municipal).

#### **3.1. Identificação e crítica das fontes e opções metodológicas**

A MGF/C apresenta-se como um tema ainda difícil de estudar dado ser relativamente oculto socialmente nas suas práticas, mecanismos e processos sociais, o que tem contribuído para a sua reprodução ao longo do tempo, bem como pelo alargamento a outros contextos geográficos que não os dos países de origem dos agentes sociais envolvidos na sua prática. Atendendo à dificuldade em investigar um tema pouco conhecido, procurou-se usar uma estratégia de investigação e recorrer a instrumentos metodológicos que permitissem atingir os objectivos definidos, tendo utilizado uma metodologia que estivesse em conformidade com os mais atuais estudos internacionais. Como veremos mais adiante, o mesmo método tem sido aplicado com algumas variações o que dificulta, na globalidade, comparações precisas a nível internacional.



Passaremos então a detalhar todas as opções metodológicas tomadas. Sendo este o primeiro estudo a nível nacional de estimação de prevalência de MGF/C em Portugal, optámos por incluir neste livro uma discussão exaustiva das fontes e das várias opções tomadas por forma a que este primeiro momento de investigação de carácter científico possa servir de base de trabalho a investigações futuras.

O método escolhido para o cálculo da prevalência de MGF/C em Portugal é o da extrapolação da prevalência de MGF/C do país de origem para o país de acolhimento, por grupos etários quinquenais. O conceito de prevalência da MGF/C inclui, por definição, apenas as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, entre os 15 e os 49 anos.

Este método implica que, ao número de mulheres (entre os 15 e os 49 anos) residentes em Portugal originárias de países praticantes de MGF/C, é aplicada a prevalência do país de origem, ou seja, assume-se uma proporcionalidade directa no país de acolhimento. Por forma a captar as variações de prevalência que se registam com a idade, não é aplicada a prevalência global mas sim as prevalências específicas a cada grupo etário. Esta opção permite ainda captar a tendência decrescente de realização da prática que, como veremos mais adiante, é comum, em maior ou menor grau, a praticamente todos os países identificados como praticantes.

Como os objectivos deste trabalho passavam por estimar a prevalência de MGF/C numa perspectiva de conhecimento alargado desta realidade, não quisemos ter uma abordagem puramente técnica. Assim, e apesar do conceito de prevalência remeter para o número de mulheres em idade reprodutiva que foram submetidas a MGF/C, procurámos conhecer a dimensão do fenómeno em Portugal, da forma mais completa e abrangente possível. Assim, foi ainda estudado o conjunto de mulheres com 50 ou mais anos<sup>3</sup>.

Relativamente aos dados de prevalência nos países de origem, usámos como base de trabalho o relatório produzido pela UNICEF em 2013, *Female genital mutilation/cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Este relatório, que produziu uma extensa avaliação da MGF/C naqueles países, recorreu, consoante o país, a diversos inquéritos de saúde: DHS (Demographic and Health Surveys), MICS

---

3 A forma de cálculo para este grupo será explicitada mais adiante.

(Multiple Indicator Cluster Surveys), RHS (Reproductive Health Surveys) e SHHS (Sudan Household Health Survey). Estes dados são utilizados em todos os estudos de prevalência já realizados na União Europeia.

Como já referido anteriormente, estão neste momento identificados 29 países africanos e do médio oriente como praticantes de MGF/C e para os quais existem dados de prevalência globais e por escalão etário.

Procurámos ainda incluir outros países nos quais é conhecida também a existência da prática. Contudo, por não existirem dados nacionais ou com desagregação etária, optámos por fazer o cálculo apenas para aqueles 29 países de origem. Em todo o caso, podemos fazer referência ao caso do grupo étnico Bohra, presente na Índia e no Paquistão, com uma dimensão estimada de mais de um milhão de pessoas, onde se pensa, segundo informação recente (2013), que 50 a 60% das mulheres tenham sido sujeitas a MGF/C (Orchid Project, 2013). Também em Omã, num inquérito de pequena dimensão conduzido em 2013 na capital Mascate, se concluiu que 78% das mulheres inquiridas tinham sido mutiladas (Hinai, 2014). Não sendo estes estudos de carácter nacional ou controlados cientificamente, não poderemos inclui-los nos nossos cálculos. Gostaríamos contudo de reforçar a ideia de que esta é uma prática que não se circunscreve ao continente africano nem tem um fundamento religioso, em particular islâmico, como o prova a existência de práticas ancestrais de MGF/C entre povos da América Latina, nomeadamente no Brasil, Peru, Colômbia ou México (OHCHR, 1995; UNFPA, 2011).

A tabela seguinte apresenta a prevalência de MGF/C nos 29 países onde esta está identificada, globalmente e por escalão etário.

**Quadro 1. Prevalência de MGF/C nos países de origem, por escalão etário (%)**

País	Ano	Fonte	Prevalência de MGF/C (%)							
			Total	Escalões etários						
				15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Benim	2006	DHS	13	8	10	14	14	16	17	16
Burkina Faso	2010	DHS/ MICS	76	58	70	78	83	85	88	89
Camarões	2004	DHS	1	0,4	3	2	1	1	2	2
Centro-Africana (República)	2010	MICS	24	18	22	25	26	28	30	34

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA EM PORTUGAL

**Quadro 1.(Cont.)**

País	Ano	Fonte	Prevalência de MGF/C (%)							
			Total	Escalaões etários						
				15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Chade	2010	MICS	55	41	43	46	45	46	45	47
Costa do Marfim	2006	MICS	38	28	34	38	43	44	41	40
Djibouti	2006	MICS	93	90	94	93	96	95	93	94
Egipto	2008	DHS	91	81	87	94	95	96	96	96
Eritreia	2002	DHS	89	78	88	91	93	93	94	95
Etiópia	2005	DHS	74	62	73	78	78	81	82	81
Gâmbia	2010	MICS	76	77	77	78	75	73	75	79
Gana	2011	MICS	4	2	2	3	4	6	7	6
Guiné <sup>4</sup>	2005	DHS	96	89	95	97	97	99	98	100
Guiné-Bissau	2010	MICS/ RHS	50	48	49	51	50	49	54	50
Iémen	1997	DHS	23	19	22	21	23	24	25	25
Iraque	2011	MICS	8	5	8	9	9	10	9	10
Libéria	2007	DHS	66	44	58	68	70	73	78	85
Mali	2010	MICS	89	88	88	88	89	90	89	89
Mauritânia	2011	MICS	69	66	66	67	71	72	76	75
Níger	2006	DHS/ MICS	2	2	2	2	2	3	3	3
Nigéria	2011	MICS	27	19	22	26	30	32	35	38
Quénia	2008- 2009	DHS	27	15	21	25	30	35	40	49
Senegal	2010- 2011	DHS/ MICS	26	24	24	26	25	29	27	29
Serra Leoa	2010	MICS	88	80	87	92	93	96	95	96
Somália	2006	MICS	98	97	98	98	99	99	98	99
Sudão	2010	SHHS	88	84	87	90	88	90	90	89
Tanzânia	2010	DHS	15	7	11	12	19	22	22	22
Togo	2010	MICS	4	1	2	4	5	6	5	7
Uganda	2011	DHS	1	1	1	2	2	1	2	2

Fonte: UNICEF (2013).

4 Sempre que se referir Guiné, está-se a aludir à Guiné-Conacri; distinguir de Guiné-Bissau e Guiné Equatorial.

Refira-se que os valores de prevalência encontrados para estes países são particularmente assimétricos, variando entre percentagens superiores a 90% (como o Djibouti, o Egipto, a Guiné e a Somália) e inferiores a 10% (como é o caso dos Camarões, do Gana, do Iraque, de Níger, do Togo e do Uganda). A Guiné-Bissau, cuja população migrante tem um forte peso em Portugal, como veremos, situa-se nos 50% ao nível da prevalência global de MGF/C.

Relativamente aos dados que irão permitir a estimativa da prevalência de MGF/C em Portugal, foi necessário recolher informação relativa ao número de mulheres residentes em Portugal, provenientes dos países identificados como praticantes. Para tal, foram pesquisadas e analisadas diferentes fontes, processo que se descreve de seguida e que culminou na opção pelos dados dos Censos de 2011, como veremos mais adiante.

Começámos, por uma questão de actualidade, por considerar os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). O SEF disponibiliza informação relativamente à população estrangeira residente em Portugal com uma periodicidade anual, sendo a mais recente, à data da conclusão do estudo, referente a 2013. Esta fonte de dados, ainda que apresente a grande vantagem de uma actualização regular e disponibilize os dados por sexo, não contempla a idade, pelo que não é possível este tipo de desagregação, fundamental ao cálculo da prevalência e ainda da estimação do número de meninas em risco. Por outro lado, e tendo em conta que os dados são relativos apenas aos estrangeiros, não é possível dar conta das mulheres que, apesar de terem nascido naqueles países, possuem já a nacionalidade portuguesa. O SEF foi contactado no sentido de poder fornecer os dados com a desagregação necessária, mas a equipa do projecto nunca obteve qualquer resposta.

Em todo o caso, os dados disponíveis foram compilados e são apresentados de seguida.

**Quadro 2. Mulheres estrangeiras residentes em Portugal por nacionalidade<sup>5</sup> e distrito, 2013 (N)**

	Total	Lisboa	Setúbal	Faro	Porto	Aveiro	Coimbra	Braga	Santarém	Leiria	Madeira	Beja	Bragança	Castelo Branco	Açores	Guarda	Vila Real	Viscu	Évora	Portalegre	Viana do Castelo		
<b>Benin</b>	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Burkina Faso</b>	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Camargões</b>	37	17	1	4	7	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
<b>Chade</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Costa do Marfim</b>	34	14	10	0	4	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
<b>Djibuti</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Egipto</b>	88	42	5	14	12	1	5	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
<b>Eritreia</b>	11	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Etiópia</b>	28	14	0	0	3	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gâmbia</b>	35	24	3	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gana</b>	64	39	3	7	13	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Guiné</b>	419	331	14	56	1	1	7	0	1	1	3	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
<b>Guiné-Bissau</b>	8063	6297	906	313	127	148	77	38	45	42	12	17	4	8	7	7	1	3	2	4	5	0	0
<b>Íemen</b>	4	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Iraque</b>	44	31	0	3	4	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Libéria</b>	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mali</b>	8	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mauritânia</b>	5	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Níger</b>	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nigéria</b>	156	108	9	8	13	3	2	4	3	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>Quênia</b>	40	16	1	0	3	0	0	0	0	1	0	4	12	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0
<b>República Centro-Africana</b>	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Senegal</b>	470	301	70	41	12	2	6	13	4	4	7	1	0	1	0	0	0	6	1	1	1	0	0
<b>Serra Leoa</b>	15	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Somália</b>	25	23	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sudão</b>	5	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tanzânia</b>	22	12	4	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Togo</b>	17	16	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Uganda</b>	8	4	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	9614	7324	1035	464	205	166	105	66	61	56	25	24	16	12	11	10	9	9	6	5	5	5	5
<b>Total %</b>	100%	76%	11%	5%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Total acumulado %</b>	76%	87%	92%	94%	96%	97%	97%	98%	98%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

5 Em todos os quadros de dados, tanto para a nacionalidade como para a naturalidade, são incluídos apenas os países identificados como praticantes de MGF/C (UNICEF, 2013).

Foi ainda necessário ter em conta um outro conjunto de dados que se relaciona com os pedidos de asilo ao Estado português. Segundo a informação do Conselho Português para os Refugiados (CPR), em 2014, Portugal recebeu 46 pedidos de asilo de mulheres provenientes de países onde a MGF/C é praticada, não existindo, contudo, informação relativa nem ao motivo do pedido nem à idade das requerentes; sabemos somente que, destes 46 pedidos, 4 são meninas menores não acompanhadas (ver quadro seguinte). No registo dos pedidos de asilo individuais não são referenciados os fundamentos do pedido por questões de confidencialidade. Em todo o caso, estes valores são muito inferiores aos registados noutros países europeus não colocando Portugal como um dos principais destinos destas populações. Aliás, a última actualização dos dados sobre MGF/C e asilo na União Europeia (UE), de Março de 2014 (UNHCR, 2014), não apresenta sequer dados para Portugal, sendo os países que mais recebem este tipo de pedidos (25 mil mulheres em 2013) a Alemanha, a Suécia, a Holanda, a Itália, a França, o Reino Unido e a Bélgica. Tendo em conta que as requerentes de asilo são provenientes sobretudo da Somália, Eritreia, Nigéria, Iraque, Guiné, Egipto, Etiópia, Mali e Costa do Marfim, é expectável que Portugal não figure neste relatório de actualização dado não ser destino preferencial destas comunidades.

**Quadro 3. Pedidos de asilo em Portugal por nacionalidade e sexo, 2014 (N)**

Nacionalidade	Pedidos de asilo			Menores não acompanhados			Total de pedidos		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Total	280	161	441	10	6	16	290	167	457
Camarões	4	3	7				4	3	7
Costa do Marfim	10	7	17	1		1	11	7	18
Egipto	1		1				1	0	1
Eritreia	1	4	5				1	4	5
Etiópia	1		1				1	0	1
Gana	4		4				4	0	4
Gâmbia	1		1				1	0	1
Guiné Bissau	3	1	4				3	1	4

**Quadro 3. (Cont.)**

Nacionalidade	Pedidos de asilo			Menores não acompanhados			Total de pedidos		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Guiné Conacri	7	2	9		1	1	7	3	10
Iémen	1		1				1	0	1
Iraque	2	2	4				2	2	4
Libéria	1		1				1	0	1
Mali	17	4	21	4	1	5	21	5	26
Mauritânia	1		1				1	0	1
Nigéria	3	2	5		1	1	3	3	6
Rep. Centro-Africana	1		1				1	0	1
Senegal	4	2	6		1	1	4	3	7
Serra Leoa	12	11	23				12	11	23
Somália	2	4	6				2	4	6
Togo	3		3	1		1	4	0	4
<b>Total dos países onde MGF é praticada</b>	<b>79</b>	<b>42</b>	<b>121</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>85</b>	<b>46</b>	<b>131</b>

Fonte: Conselho Português para os Refugiados.

Relativamente ao número de refugiados/as actualmente a residir em Portugal, e novamente segundo o CPR, esta informação teria de ser fornecida pelo Gabinete de Asilo e Refugiados do SEF. Este departamento foi contactado mas não deu qualquer resposta.

Devido à falta de desagregação por idade não foi possível incluir estes dados nas estimativas da prevalência da MGF/C em Portugal.

Uma segunda possível fonte de dados para o número de mulheres residentes em Portugal provenientes dos países praticantes seria o Inquérito ao Emprego, levado a cabo pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Esta fonte apresenta um elevado nível de actualidade, uma vez que é aplicado trimestralmente a uma amostra representativa e de grande dimensão (superior a 22.000 unidades de alojamento) da popu-

lação portuguesa (em painel com um esquema de rotação). Dado que este inquérito contempla todas as questões de interesse – sexo, idade, naturalidade, nacionalidade e naturalidade dos pais – poderia ser uma opção viável. Todavia, encetados os contactos com o INE no sentido de obter a informação referida, fomos obrigados a colocar esta opção de lado tendo em conta que, segundo informação da fonte, os erros de amostragem associados às estimativas apuradas resultantes do cruzamento das variáveis em questão é demasiado elevado (especificamente no que diz respeito às naturalidades/nacionalidades que nos interessavam). Mesmo não considerando todas as variáveis de cruzamento, a disponibilização da informação seria sempre muito restrita e incidiria sobretudo em países lusófonos. Uma outra limitação destes dados diz respeito ao intervalo de idades dos inquiridos já que este inquérito não é aplicado a menores de 15 anos. Nesse sentido, não teríamos acesso ao número de meninas com idades inferiores a 15 anos.

Por último, e face aos constrangimentos das fontes atrás referidas, bem como às potencialidades da fonte a seguir descrita, foram usados os dados do último recenseamento geral da população, de 2011. Assim, estes dados serviram de base para o cálculo da prevalência da MGF/C em Portugal. De facto, e ainda que, de entre as fontes referidas, estes sejam os dados menos atuais, são aqueles que melhor permitem o cálculo pelo facto de terem informação com o grau de desagregação pretendido. Nesse sentido, foram solicitados ao INE os dados dos Censos de 2011 referentes à população residente segundo o grupo etário (grupos quinquenais), por naturalidade e sexo. Foi-nos ainda disponibilizada esta informação por distrito e por município.

Apesar de também dispormos do mesmo lote de dados com desagregação por nacionalidade, considerámos que a naturalidade daria melhor conta da realidade que queremos analisar uma vez que o factor determinante é o local de origem e não o país de nacionalidade: perder-se-iam para a análise todas as mulheres que, tendo nascido em países onde a MGF/C é praticada, já têm nacionalidade portuguesa.

Em todo o caso, foram avaliados ambos os conjuntos de dados, mulheres residentes em Portugal por nacionalidade e por naturalidade, por distrito, para perceber se apresentavam discrepâncias expressivas, de modo a que isso pudesse ser tido em conta aquando da análise dos dados. Essa informação é apresentada de seguida.



Quadro 4. Mulheres residentes por nacionalidade e distrito de residência, 2011 (N)

	Total	Lisboa	Saetbal	Faro	Porto	Aveiro	Coimbra	Braga	Santarém	Leiria	Beja	Castelo Branco	Madeira	Guarda	Évora	Açores	Bragança	Viana do Castelo	Vila Real	Portalegre			
Benim	0																						
Burkina Faso	18	6	1	1	3	3	1	1		3													
Camarões	27	19		1	5	1	1	1															
Chade	2	1																					
Costa do Marfim	22	7	6	1		3	2	2		2		1											
Egípto	32	17	2	6	2	1	1	2		2													
Eritreia	2	1	1																				
Etiópia	10	3	2	1	2	1		2		1		1											
Gâmbia	27	12	2	6	1	1	2	2		2		1											
Gana	49	34		5	7		1			1		1											
Guiné	279	220	24	23	1	2		1	2	2		2		1	2							1	
Guiné-Bissau	7198	5528	866	313	125	127	69	48	34	27	12	10	9	8	4	4	4	4	5	3		2	
Íemen	4	3																					
Iraque	19	12		1		3				3													
Libéria	4	1		2	1																		
Mali	10	5	1	1	2																		1
Mauritânia	5	3				1																	
Níger	1																						1
Nigéria	128	94		9	2	14	1	3	3	1				1									
Quênia	16	7		1	1	1		1	1	1													1
Senegal	312	226		41	16	2	1	13	2	1		1	4			1	1						3
Serra Leoa	15	5		7	1		2																
Somália	15	13										1											
Sudão	6									1		1											1
Tanzânia	10	6		1	1																		
Togo	17	16							2														
Uganda	10	2		4	1	1				1													
Total	8238	6241	924	412	180	145	78	74	45	41	17	15	15	10	8	8	6	6	6	6	6	5	2
Total %	100%	76%	11%	5%	2%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total acumulado %		76%	87%	92%	94%	96%	97%	98%	98%	99%	99%	99%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Censos 2011, INE.

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA EM PORTUGAL

Quadro 5. Mulheres residentes por naturalidade e distrito de residência, 2011 (N)

	Total Lisboa Setúbal Faro Porto Aveiro Coimbra Braga Santarém Leiria Viseu Madeira										Castelo Branco Bragança Açores Beja Évora Castelo Vila do Real Guarda Portalegre									
Burkina Faso	2	2																		
Camargos	10	4																		
Costa do Marfim	41	21	2	4	10	1	1	1	1											
Egito	10	5	2	1	1	1	4	1	4	3	1	2								
Eritreia	42	14	8	6	1	1	1	1	1	3	1	3								
Etiópia	63	36	2	10	5	3														
Gambia	2	1	1																	
Gana	20	5	3	2	4	3	1	1	1	1	1	1								
Guiné-Bissau	40	16	2	7	2	1	1	2	1	1	1	1								
Iémen	69	41	8	13																
Líbia	206	156	12	21	14	4	1	1	3	1	1	1								
Libéria	13020	9287	1887	487	348	264	163	126	106	100	33	31	36	28	27	24	22	18	9	9
Mali	3	23	1	1	2	2														
Mauritânia	8	4	2	2	2	2														
Níger	14	6	2	2	2	2														
Quênia	5	1																		
República Centro-A	1																			
Senegal	149	99	14	6	12	4	3	5	3	3	1	1								
Serra Leoa	93	56	7	10	4	1	1	1	1	1	1	1								
Somália	67	17	1	12	9	4	2	1	3	9	1	1								
Sudão	487	306	73	52	19	2	3	14	4	2	5	1								
Tanzânia	12	2	7																	
Togo	10	9																		
Uganda	53	5	3	5	4	9	3	3	3	3	6	1								
Total	93	63	10	5	1	1	1	1	1	1	1	1								
Total %	34	17	5	4	3	1	2	2	2	2	2	2								
Total cum %	14608	10212	2048	635	448	303	185	166	131	126	54	45	42	35	34	32	28	24	23	19
	100%	70%	14%	4%	3%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	70%	84%	88%	91%	93%	95%	96%	97%	98%	98%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	100%	100%	100%

Fonte: Censos 2011, INE

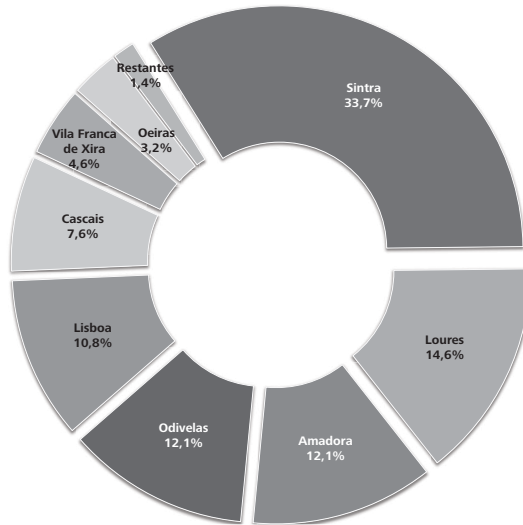
Os dados analisados revelam coerência no que diz respeito à distribuição geográfica destas populações, quer se observe a população estrangeira (através dos dados do SEF ou dos Censos) quer a população residente por naturalidade (Censos), percebendo-se uma maior concentração destas populações no distrito de Lisboa, seguido do de Setúbal. Olhando para os números das mulheres residentes por naturalidade, que, pelo exposto acima, são os dados mais adequados para a presente análise, percebe-se que os distritos de Lisboa e de Setúbal reúnem a maior proporção destas populações (84%).

Conforme observado, os distritos de Lisboa, Setúbal, Faro e Porto são aqueles que apresentam um maior peso de mulheres provenientes de países identificados como praticantes de MGF/C, que, no total, representam 91% das que residem em território nacional.

No entanto, não se pode dizer que estas populações tenham uma distribuição uniforme dentro de cada distrito. Assim, procedeu-se a uma leitura mais fina dos dados, fazendo uma desagregação ao nível do município.

No distrito de Lisboa observa-se uma maior concentração destas populações no município de Sintra, onde residem cerca de um terço das mulheres, no distrito de Lisboa, provenientes de países onde a MGF/C é praticada. Seguem-se os municípios de Loures, com 14,6%, Amadora e Odivelas, cada um representando 12,1% e Lisboa com 10,8%. Os restantes 11 municípios apresentam, individualmente, valores inferiores a 10%.

**Figura 2. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito de Lisboa por município, 2011 (%)**

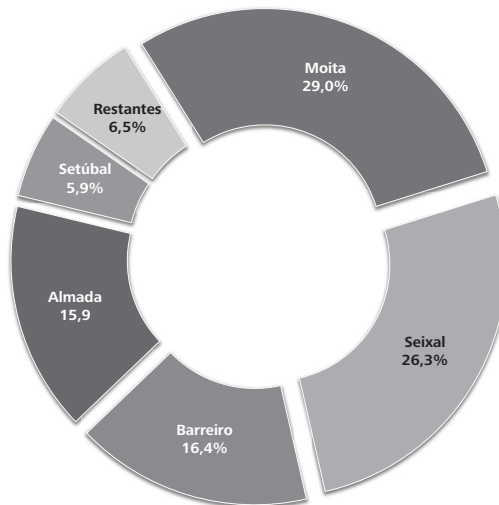


Fonte: Censos 2011, INE.

Município	N	Município	N
Sintra	3443	Alenquer	76
Loures	1488	Torres Vedras	26
Amadora	1237	Mafra	25
Odivelas	1232	Azambuja	5
Lisboa	1098	Lourinhã	6
Cascais	781	Sobral de Monte Agraço	4
Vila Franca de Xira	466	Arruda dos Vinhos	2
Oeiras	322	Cadaval	1
<b>TOTAL</b>			<b>10212</b>

No distrito de Setúbal, estas populações concentram-se sobretudo nos municípios da Moita (29,1%) e do Seixal (26,3%). Também o Barreiro e Almada apresentam valores relativamente elevados, de 16,4% e 15,9%, respectivamente. O município de Setúbal agrega 5,9% desta população residente no distrito sendo que os restantes municípios apresentam, individualmente, valores abaixo dos 2,5%.

**Figura 3. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito de Setúbal por município, 2011 (%)**

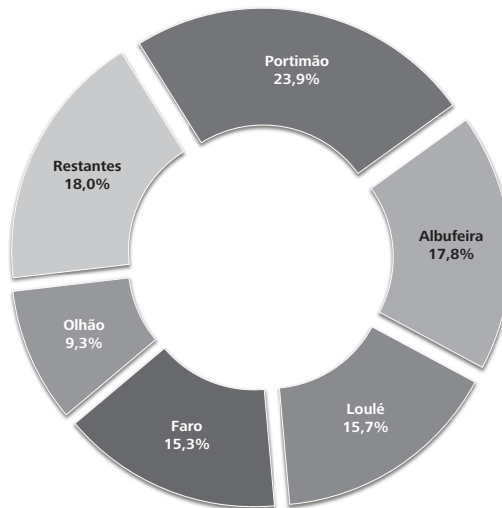


Fonte: Censos 2011, INE

Município	N	Município	N
Moita	595	Palmela	33
Seixal	538	Sesimbra	31
Barreiro	336	Alcochete	10
Almada	326	Santiago do Cacém	4
Setúbal	120	Sines	4
Montijo	50	Grândola	1
<b>TOTAL</b>			<b>2048</b>

No distrito de Faro observa-se uma concentração destas populações no município de Portimão, onde residem cerca de 24% das mulheres provenientes de países identificados como praticantes de MGF/C. Seguem-se os municípios de Albufeira com 17,8%, Loulé com 15,7%, Faro com 15,3% e Olhão com 9,3%. Os restantes 9 municípios apresentaram, cada um, valores inferiores a 6%.

**Figura 4. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito de Faro por municípios, 2011 (%)**

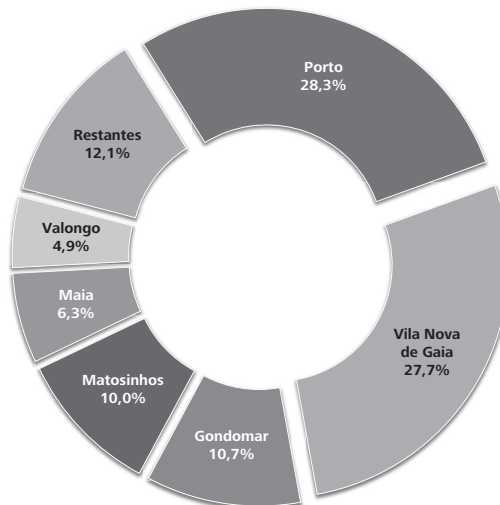


Fonte: Censos 2011, INE.

Município	N	Município	N
Portimão	152	Tavira	15
Albufeira	113	Lagos	11
Loulé	100	Vila Real de Santo António	7
Faro	97	São Brás de Alportel	6
Olhão	59	Aljezur	4
Lagoa	32	Vila do Bispo	3
Silves	34	Monchique	2
<b>TOTAL</b>			<b>635</b>

No distrito Porto, estas populações concentram-se sobretudo nos municípios do Porto (28,3%) e de Vila Nova de Gaia (27,7%). Seguem-se os municípios de Gondomar com 10,7%, Matosinhos com 10%, Maia com 6,3% e Valongo com 4,9%. Os restantes 10 municípios apresentaram, cada um, valores inferiores a 2,5%.

**Figura 5. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito do Porto por município, 2011 (%)**



Fonte: Censos 2011, INE.

Município	N	Município	N
Porto	127	Paredes	8
Vila Nova de Gaia	124	Santo Tirso	8
Gondomar	48	Vila do Conde	7
Matosinhos	45	Lousada	3
Maia	28	Paços de Ferreira	3
Valongo	22	Amarante	2
Penafiel	10	Felgueiras	2
Póvoa do Varzim	10	Marco de Canaveses	1
<b>TOTAL</b>			<b>448</b>

Em suma, perante a disponibilidade dos dados e constrangimentos associados à informação de cada uma das fontes, considerou-se que seriam os Censos aqueles que dariam uma maior cobertura destas populações. Apresenta-se de seguida um quadro resumo das potencialidades e limitações de cada uma das fontes consideradas.

**Quadro 6. Caracterização dos dados das fontes consideradas**

	SEF Pop. estrangeira residente em Portugal	Inquérito ao Emprego INE	CENSOS INE	Pedidos de asilo CPR
Ano	2013	2014	2011	2014
Recolha dos dados	Censitária	Amostral	Censitária	Censitária
Por sexo	Sim	Sim	Sim	Sim
Por idade	Não	Sim	Sim	Não
Meninas 0-14	(sem informação)	Não	Sim	Não
M portuguesas	Não	Sim	Sim	N/A
M estrangeiras	Sim	Não	Sim	N/A
M não documentadas	Não	(sem informação)	Teoricamente sim	N/A
Pedidos de asilo	Não	Não	Não	Sim
Refugiadas	Não	Não	Não	Não
Limitações	. não tem idade . não tem portuguesas	. erros amostrais demasiado elevados	. menor actualidade	. não tem idade

### 3.2. Prevalência de MGF/C em Portugal

Tendo em conta o exposto, a metodologia aplicada consiste no método de extrapolação da prevalência do país de origem para o país de destino, o que implica que seja aplicada à população residente no país de destino a taxa do seu país de origem.

Os dados de prevalência de MGF/C são calculados tendo por base a população feminina em idade reprodutiva, ou seja, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. No entanto, e à semelhança de outros estudos (como o da Bélgica e o de Inglaterra e País de Gales), serão também tidas em conta as mulheres residentes com 50 ou mais anos. Uma vez que as mulheres desse grupo etário são também residen-



tes em Portugal e poderão, também elas, ter sido submetidas à prática, optámos por incluí-las na análise. Em todo o caso, os resultados serão sempre apresentados para cada um dos grupos por forma a permitir comparações com outros países que não recorram a opções metodológicas semelhantes.

Assim, os dados relativos às mulheres residentes em Portugal, maiores de 15 anos, naturais de países praticantes de MGF/C <sup>6</sup> são os seguintes:

**Quadro 7. Mulheres residentes em Portugal provenientes de países onde a MGF/C é praticada, por naturalidade e grupo etário (N)**

País de origem	Idade								
	total 15+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
Benim	2	1				1			0
Burkina Faso	8			1	1	3	1	1	1
Camarões	38	5	2	7	9	7	5	1	2
Centro-Africana (República)	67		4	8	6	9	8	7	25
Chade	10			1	1	1	1	1	5
Costa do Marfim	38	5	4	5	10	4	3	2	5
Egipto	58	1	7	9	8	3	4	5	21
Eritreia	2			1					1
Etiópia	19	1	1	3	3	3	7		1
Gâmbia	38	2	3	4	12	9	5	1	2
Gana	64	2	3	9	19	7	9	8	7
Guiné	168	13	16	38	41	25	20	8	7
Guiné-Bissau	11906	1112	1265	1203	1514	1607	1486	1265	2454
Íemen	2							2	0
Iraque	32	3		3	2	5	3	3	13
Libéria	7	3				1		3	0

6 Em todas as análises são apresentados dados para 28 dos 29 países praticantes identificados no relatório de 2013 da UNICEF. Foi excluído da análise o Djibouti por não haver registo de nenhuma mulher proveniente desse país nos Censos de 2011.

**Quadro 7. (Cont.)**

País de origem	Idade									
	total 15+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	
Mali	14	1	2	6	1	1	1	2	0	
Mauritânia	5	1	1		3				0	
Níger	1			1					0	
Nigéria	141	3	9	34	51	21	12	6	5	
Quénia	88	1	1	5	5	5	5	6	60	
Senegal	422	36	47	63	87	64	70	28	27	
Serra Leoa	11	3		1		4	1	2	0	
Somália	7		3	1	1	1	1		0	
Sudão	40	18	10	2			3	1	6	
Tanzânia	92			5	4	10	4	15	54	
Togo	21		2	1	5	6	5		2	
Uganda	34	1				4	6	3	20	
Total	13335	1212	1380	1411	1783	1801	1660	1370	2718	
		10617								

Fonte: Censos 2011, INE.

Se aplicarmos a estes dados os da prevalência no país de origem, por grupo etário, é possível calcular a prevalência de MGF/C nas mulheres residentes em Portugal. Refira-se ainda que, para o cálculo da prevalência do escalão dos 50 e mais anos, foi aplicada a prevalência do escalão mais próximo, ou seja, 45-49 anos (por não existirem dados de prevalência da origem para mulheres acima dos 49 anos). Para facilitar futuras análises comparativas com estudos internacionais, apresenta-se a prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva, entre as mulheres com 50 ou mais anos e o somatório de todas.

**Quadro 8. Prevalência de MGF/C em Portugal (N), a partir do recenseamento geral da população (2011) e dos dados da UNICEF, por naturalidade e grupo etário<sup>7</sup>**

País de origem	Idade									
	total 15-49	total 15+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
Benim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Burkina Faso	6	7	0	0	1	1	3	1	1	1
Camarões	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro-Africana (República)	12	20	0	1	2	2	3	2	2	9
Chade	2	5	0	0	0	0	0	0	0	2
Costa do Marfim	13	15	1	1	2	4	2	1	1	2
Egipto	34	55	1	6	8	8	3	4	5	20
Eritreia	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1
Etiópia	14	15	1	1	2	2	2	6	0	1
Gâmbia	27	29	2	2	3	9	7	4	1	2
Gana	3	3	0	0	0	1	0	1	0	0
Guiné	156	163	12	15	37	40	25	20	8	7
Guiné-Bissau	4747	5974	534	620	614	757	787	802	633	1227
Iémen	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Iraque	2	3	0	0	0	0	1	0	0	1
Libéria	5	5	1	0	0	0	1	0	3	0
Mali	12	12	1	2	5	1	1	1	2	0
Mauritânia	3	3	1	1	0	2	0	0	0	0
Níger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigéria	40	42	1	2	9	15	7	4	2	2
Quénia	10	39	0	0	1	2	2	2	3	29
Senegal	104	111	9	11	16	22	19	19	8	8
Serra Leoa	10	10	2	0	1	0	4	1	2	0
Somália	7	7	0	3	1	1	1	1	0	0
Sudão	29	35	15	9	2	0	0	3	1	5

<sup>7</sup> Os totais poderão não corresponder exactamente ao somatório das parcelas, facto que se deve a questões de arredondamento. O mesmo é passível de se verificar nas tabelas seguintes, sempre que sejam apresentados dados de estimativas.

**Quadro 8. (Cont.)**

País de origem	Idade									
	total 15-49	total 15+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
Tanzânia	8	20	0	0	1	1	2	1	3	12
Togo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Uganda	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	5246	6576	580	674	707	867	869	873	676	1330

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Começa por se observar que, em Portugal, o número de mulheres em idade reprodutiva que terá sido submetida à prática da MGF/C será de 5.246. Ao ter em conta todas as mulheres com mais de 15 anos, esse valor sobe para os 6.576, o que corresponde a 49% do número de mulheres residentes no território português nascidas em países praticantes.

**Quadro 9. Prevalência de MGF/C em Portugal (N e %)**

	15+ anos (N)	15+ anos (%)	15-49 anos (N)	15-49 anos (%)	50+ anos (N)	50+ anos (%)
Benim	0	0%	0	0%	0	0%
Burkina Faso	7	0%	6	0%	1	0%
Camarões	1	0%	1	0%	0	0%
Centro-Africana (República)	20	0%	12	0%	9	1%
Chade	5	0%	2	0%	2	0%
Costa do Marfim	15	0%	13	0%	2	0%
Egipto	55	1%	34	1%	20	2%
Eritreia	2	0%	1	0%	1	0%
Etiópia	15	0%	14	0%	1	0%
Gâmbia	29	0%	27	1%	2	0%
Gana	3	0%	3	0%	0	0%
Guiné	163	2%	156	3%	7	1%
Guiné-Bissau	5974	91%	4747	90%	1227	92%
Íemen	1	0%	1	0%	0	0%
Iraque	3	0%	2	0%	1	0%
Libéria	5	0%	5	0%	0	0%
Mali	12	0%	12	0%	0	0%

**Quadro 9. (Cont.)**

	15+ anos (N)	15+ anos (%)	15-49 anos (N)	15-49 anos (%)	50+ anos (N)	50+ anos (%)
Mauritânia	3	0%	3	0%	0	0%
Niger	0	0%	0	0%	0	0%
Nigéria	42	1%	40	1%	2	0%
Quênia	39	1%	10	0%	29	2%
Senegal	111	2%	104	2%	8	1%
Serra Leoa	10	0%	10	0%	0	0%
Somália	7	0%	7	0%	0	0%
Sudão	35	1%	29	1%	5	0%
Tanzânia	20	0%	8	0%	12	1%
Togo	1	0%	1	0%	0	0%
Uganda	1	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	6576	100%	5246	100%	1330	100%

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Verifica-se igualmente que o país que mais contribui para esse valor é a Guiné-Bissau. No que respeita às mulheres em idade reprodutiva, este país representa 90% das mulheres que se estima terem sido sujeitas à MGF/C, seguido da Guiné (3%) e do Senegal (2%); os restantes países têm valores mais baixos.

Na análise por grupo etário considerámos apenas as mulheres em idade reprodutiva uma vez que no escalão dos 50 e mais anos a amplitude é consideravelmente diferente de nos restantes, o que enviesaria a avaliação relativamente ao peso relativo de cada escalão no total.

**Quadro 10. Prevalência de MGF/C em Portugal por país de origem e grupo etário**

	total 15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Benim	0	0	0	0	0	0	0	0
Burkina Faso	6	0	0	1	1	3	1	1
Camarões	1	0	0	0	0	0	0	0
Centro-Africana (República)	12	0	1	2	2	3	2	2
Chade	2	0	0	0	0	0	0	0
Costa do Marfim	13	1	1	2	4	2	1	1
Egipto	34	1	6	8	8	3	4	5

**Quadro 10. (Cont.)**

	total 15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Eritreia	1	0	0	1	0	0	0	0
Etiópia	14	1	1	2	2	2	6	0
Gâmbia	27	2	2	3	9	7	4	1
Gana	3	0	0	0	1	0	1	0
Guiné	156	12	15	37	40	25	20	8
Guiné-Bissau	4747	534	620	614	757	787	802	633
Iémen	1	0	0	0	0	0	0	1
Iraque	2	0	0	0	0	1	0	0
Libéria	5	1	0	0	0	1	0	3
Mali	12	1	2	5	1	1	1	2
Mauritânia	3	1	1	0	2	0	0	0
Níger	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigéria	40	1	2	9	15	7	4	2
Quénia	10	0	0	1	2	2	2	3
Senegal	104	9	11	16	22	19	19	8
Serra Leoa	10	2	0	1	0	4	1	2
Somália	7	0	3	1	1	1	1	0
Sudão	29	15	9	2	0	0	3	1
Tanzânia	8	0	0	1	1	2	1	3
Togo	1	0	0	0	0	0	0	0
Uganda	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL (N)	5246	580	674	707	867	869	873	676
TOTAL (%)	100,0%	11,1%	12,8%	13,5%	16,5%	16,6%	16,6%	12,9%

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Do ponto de vista das idades das mulheres, nota-se que, à excepção da Gâmbia e do Uganda, os países analisados apresentam os valores mais baixos de prevalência de MGF/C no escalão 15-19 anos (e alguns deles também no escalão seguinte, dos 20 aos 24 anos). Igualmente é de referir que, apesar de se verificarem algumas oscilações por país, as faixas etárias de maior prevalência se situam entre os 30 e os 44 anos, com um peso relativo na ordem do 16,6%.

Os dados disponíveis para os países de origem permitem ainda uma análise por tipo de corte, que se apresentam no quadro seguinte. É necessário, no entanto, ter em conta que não existem dados de prevalência por tipo de corte para todos os 29 países referidos.

**Quadro 11. Distribuição por tipo de corte<sup>8</sup> de meninas e mulheres dos 15 aos 49 anos (%)<sup>9</sup>**

País	TIPO (%)				Fonte
	corte, sem remoção de tecido	corte, com remoção de tecido	zona genital cosida	não determinado	
	(Tipo IV)	(Tipo I + Tipo II)	(Tipo III)	/ não sabe	
Benim	1	98	0	2	DHS 2006
Burkina Faso	17	77	1	5	DHS/MICS 2010
Camarões	4	85	5	7	DHS 2004
Centro-Africana (República)	20	70	7	3	MICS 2010
Chade	10	80	7	3	MICS 2010
Costa do Marfim (*)	6	80	6	8	DHS 2012
Egipto	---	---	---	---	DHS 2008
Eritreia	46	4	39	11	DHS 2002
Etiópia					DHS 2005
Gâmbia	0,1	89	9	2	MICS 2010
Gana	4	74	8	14	MICS 2011
Guiné	2	86	9	3	DHS 2005
Guiné-Bissau	0,2	84	12	4	MICS/RHS 2010
Iémen	---	---	---	---	DHS 1997
Iraque	---	---	---	---	MICS 2011
Libéria	---	---	---	---	DHS 2007
Mali	14	55	2	28	MICS 2010
Mauritânia	4	69		28	MICS 2011
Níger	1	78	13	8	DHS/MICS 2006
Nigéria	8	48	4	39	MICS 2011
Quênia	2	83	13	2	DHS 2008-2009
Senegal	10	53	14	24	DHS/MICS 2010-2011
Serra Leoa	1	72	17	10	MICS 2010
Somália	1	15	79	4	MICS 2006

8 As categorias apresentadas nos inquéritos de saúde, no que diz respeito ao tipo de corte, seguiram a tipologia da OMS. No entanto, não se mostraram eficazes no terreno por não corresponderem às terminologias locais. As categorias apresentadas correspondem às que são, na generalidade, usadas pelos inquéritos de saúde e que são equivalentes aos tipos definidos pela OMS apresentados entre parêntesis.

9 Os dados apresentados são os que constam no relatório da UNICEF (2013), à excepção dos assinalados com (\*). Em alguns casos, o somatório não corresponde a 100%, o que se deve a questões de arredondamento, segundo indicação da própria fonte.

**Quadro 11. (Cont.)**

País	TIPO (%)				Fonte
	corte, sem remoção de tecido	corte, com remoção de tecido	zona genital cosida	não determinado	
	(Tipo IV)	(Tipo I + Tipo II)	(Tipo III)	/ não sabe	
Sudão (*)	14,8	2,7	82,4	0,1	DHS 1989-1990
Tanzânia	2	91	1	6	DHS 2010
Togo	27	66	5	3	MICS 2010
Uganda	---	---	---	---	DHS 2011

Fonte: UNICEF (2013); Yoder & Wang (2013).

Observa-se então que, na grande maioria dos países, a clitoridectomia e a excisão são os tipos de corte mais frequentes (tipos I e II). Por outro lado, em países como o Sudão, a Somália e o Djibouti, a infibulação é o tipo de mutilação mais frequente. De notar ainda que, muitas vezes, não é possível determinar o tipo de corte dado que esta informação é recolhida através do auto-relato das mulheres e não através de exame médico. Por um lado, muitas mulheres, por terem sido sujeitas à prática muito jovens, não se recordam do que lhes foi feito. Por outro lado, muitas delas não são capazes de identificar ou explicar o tipo de mutilação que têm. Um estudo de Elmusharaf, Elhadi & Almroth (2006) revela que a fiabilidade das contagens de situações de MGF/C auto-revelada é baixa, corroborando estudos anteriores em que se demonstra que as mulheres com MGF/C nem sempre são capazes de perceber aquilo por que passaram, encontrando-se diferentes tipos de enviesamento na informação prestada: algumas mulheres não sabem exactamente o procedimento que lhes foi aplicado; outras dizem nunca ter sofrido nenhuma intervenção, quando exames médicos confirmam o contrário; outras ainda afirmam terem sido submetidas a mutilação, quando exames médicos confirmam o contrário.

Diferentes estratégias têm sido adoptadas nos inquéritos de saúde para obter cada vez melhores resultados na obtenção de informação relativa ao tipo de corte. Inicialmente, e durante muito tempo, foram usadas as categorias clitoridectomia, excisão e infibulação. Tendo em conta a diversidade de práticas e de terminologias locais, era difícil às mulheres fazerem uma clara distinção entre aquelas categorias. Assim, a abordagem passou a ser a de uma recolha da informação sobre o tipo de



corte na sua terminologia local cabendo depois a um especialista local o reagrupamento nas categorias acima enunciadas, ainda que a validade desta metodologia não seja ainda clara (UNICEF, 2013).

Assim, aplicando estas distribuições à população residente em Portugal que se estima ter sido submetida a MGF/C, e recorrendo à mesma metodologia de extrapolação da prevalência no país de origem para o país de acolhimento, obtêm-se os seguintes valores:

**Quadro 12. Distribuição por tipo de corte de meninas e mulheres dos 15 aos 49 anos, em Portugal (N)**

País de origem	TIPO (N)			
	corte, sem remoção de tecido	corte, com remoção de tecido	zona genital cosida	não determinado
	(Tipo IV)	(Tipo I + Tipo II)	(Tipo III)	/ não sabe
Benim	0	0	0	0
Burkina Faso	1	5	0	0
Camarões	0	0	0	0
Centro-Africana (República)	4	14	1	1
Chade	0	4	0	0
Costa do Marfim	1	10	1	2
Egipto	---	---	---	---
Eritreia	1	0	1	0
Etiópia	---	---	---	---
Gâmbia	0	26	3	1
Gana	0	2	0	0
Guiné	3	140	15	5
Guiné-Bissau	12	5018	717	239
Iémen	---	---	---	---
Iraque	---	---	---	---
Libéria	---	---	---	---
Mali	2	7	0	3
Mauritânia	0	2		1
Níger	0	0	0	0
Nigéria	3	20	2	16
Quênia	1	33	5	1
Senegal	11	59	16	27
Serra Leoa	0	7	2	1
Somália	0	1	5	0
Sudão	5	1	28	0
Tanzânia	0	18	0	1

**Quadro 12. (Cont.)**

País de origem	TIPO (N)			
	corte, sem remoção de tecido	corte, com remoção de tecido	zona genital cosida	não determi- nado
	(Tipo IV)	(Tipo I + Tipo II)	(Tipo III)	/ não sabe
Togo	0	1	0	0
Uganda	---	0	0	0
Total (N)	46	5369	797	299
Total (%)	1%	82%	12%	5%

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Tendo em conta que, na Guiné-Bissau, os tipos I e II são os mais prevalentes e que, em Portugal, esta é a comunidade com maior peso no conjunto dos países praticantes de MGF/C, é expectável que sejam também estes os tipos com maior prevalência no nosso país. Assim, os tipos I e II, clitoridectomia e excisão, representarão cerca de 82% das MGF/C em Portugal.

Num outro eixo de análise, procurámos avaliar a prevalência de MGF/C calculada para Portugal, em função da intensidade do fenómeno no país de origem das mulheres residentes no território nacional.

Segundo a tipologia utilizada no último relatório da UNICEF, de 2013, é possível agrupar os países de origem em cinco diferentes escalões, de acordo com a dimensão da prevalência da MGF/C:

- Grupo 1: Prevalência muito elevada (>80%);
- Grupo 2: Prevalência moderadamente elevada (51%-80%);
- Grupo 3: Prevalência moderadamente baixa (26%-50%);
- Grupo 4: Prevalência baixa (10%-25%);
- Grupo 5: Prevalência muito baixa (<10%).

Se efectuarmos os cálculos da prevalência de MGF em Portugal, em função da classificação da sua intensidade nos países de origem, percebe-se que a grande maioria das mulheres que terão sido submetidas à prática (94%) é proveniente de países com prevalências moderadamente baixas. Nomeadamente: Chade, Costa do Marfim, Guiné-Bissau, Nigéria, Quênia e Senegal.

**Quadro 13. Prevalência da MGF/C em Portugal (mulheres com 15 e mais anos) por tipologia de países de origem (N e %)**

		Nº de mulheres	Total de mulheres por grupo de países	% de mulheres por grupo de países
prevalência muito elevada >80%	Egipto	55	283	4%
	Eritreia	2		
	Guiné	163		
	Mali	12		
	Serra Leoa	10		
	Somália	7		
	Sudão	35		
prevalência moderadamente elevada 51%-80%	Burkina Faso	7	59	1%
	Etiópia	15		
	Gâmbia	29		
	Libéria	5		
	Mauritânia	3		
prevalência moderadamente baixa 26%-50%	Chade	5	6185	94%
	Costa do Marfim	15		
	Guiné-Bissau	5974		
	Nigéria	42		
	Quénia	39		
	Senegal	111		
prevalência baixa 10%-25%	Benim	0	41	1%
	Centro-Africana (República)	20		
	Iémen	1		
	Tanzânia	20		
prevalência muito baixa <10%	Camarões	1	8	0%
	Gana	3		
	Iraque	3		
	Níger	0		
	Togo	1		
	Uganda	1		
<b>Total</b>		<b>6576</b>	<b>6576</b>	<b>100%</b>

Fonte: UNICEF (2013); CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Considerámos ainda importante proceder a uma desagregação por distrito e por município, por forma a fornecer dados mais específicos que possam melhor informar as políticas públicas a nível local.

No que diz respeito à distribuição das mulheres residentes provenientes de países praticantes de MGF/C por distrito, observa-se que é nos distritos de Lisboa e de Setúbal que mais se concentram, quer consideremos apenas as mulheres em idade reprodutiva quer tomemos em conta as mulheres com 50 e mais anos. Assim, os distritos de Lisboa e de Setúbal reúnem 4.441 mulheres em idade reprodutiva com MGF/C, o que representa 85% do total de mulheres com MGF/C residentes no território nacional. Se juntarmos a estes os distritos de Faro e do Porto, o número de mulheres sobe para os 4.831, passando a representar 92% do total.

**Quadro 14. Mulheres provenientes de países praticantes residentes em Portugal e prevalência de MGF/C em Portugal por distrito (N)**

Distritos	Mulheres residentes			Prevalência MGF/C		
	15-49	50+	Total	15-49	50+	Total
	anos	anos		anos	anos	
Lisboa	7494	1829	9323	3704	895	4599
Setúbal	1488	374	1862	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	10617	2718	13335	5246	1330	6576

Fonte: Censos 2011, INE; CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Exercício semelhante pode ser feito para a totalidade das mulheres, maiores de 15 anos, a residir em Portugal que terão sido submetidas à prática. As conclusões retiradas são idênticas: os distritos de Lisboa e de Setúbal reúnem 5.519 das 6.576 mulheres que terão sido submetidas à prática, o que representa 84% do total. Juntando os distritos de Faro e Porto, o número aumenta para 5.999, passando os quatro distritos a representar 91% do total do país.

Ainda que, como vimos, as mulheres provenientes de países identificados como praticantes de MGF/C se concentrarem sobretudo nos distritos de Lisboa e de Setúbal, e em menor grau nos de Faro e do Porto, a sua distribuição dentro do distrito não é de todo uniforme. Calculámos então a prevalência de MGF/C ao nível municipal, recorrendo à mesma metodologia usada para o cálculo nacional (método de extrapolação por escalão etário), cujos resultados apresentamos de seguida.

Relativamente ao distrito de Lisboa, o número mais significativo de mulheres que terão sido submetidas a MGF/C encontra-se no município de Sintra, representando 34% do total do distrito de Lisboa. Com pesos entre os 11% e os 14% encontramos os municípios de Loures, Odivelas, Amadora e Lisboa. Apesar de terem um peso mais baixo relativamente ao total do distrito (entre os 3% e os 7%), os municípios de Cascais, Vila Franca de Xira e Oeiras são ainda de destacar já que neles reside um número importante de mulheres com MGF/C: 323, 212 e 145, respectivamente.

**Quadro 15. Prevalência de MGF/C no distrito de Lisboa por município (N)**

Distrito de Lisboa	15-49	50+	Total	Total
	anos	anos	(N)	(%)
Sintra	1364	209	1574	34%
Loures	530	127	657	14%
Odivelas	475	93	568	12%
Amadora	460	108	568	12%
Lisboa	326	158	483	11%
Cascais	246	77	323	7%
Vila Franca de Xira	163	49	212	5%
Oeiras	89	56	145	3%
Alenquer	27	10	37	1%

**Quadro 15. (Cont.)**

Distrito de Lisboa	15-49	50+	Total	Total
	anos	anos	(N)	(%)
Mafra	10	2	12	0%
Torres Vedras	9	4	13	0%
Lourinhã	2	0	2	0%
Arruda dos Vinhos	1	0	1	0%
Azambuja	1	2	3	0%
Sobral de Monte Agraço	1	1	1	0%
Cadaval	0	0	0	0%
Total	3704	895	4599	100%

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Já no que diz respeito ao distrito de Setúbal, é nos municípios da Moita e do Seixal que encontramos um maior número de mulheres com MGF/C, respectivamente, 269 e 238 mulheres, correspondendo, no total do distrito, a 29% e a 26%. Em Almada e no Barreiro encontramos ainda um número importante de mulheres que terão sido submetidas a prática: 150 em cada um dos municípios, correspondendo, cada um deles, a 16% no total do distrito.

**Quadro 16. Prevalência de MGF/C no distrito de Setúbal por município (N)**

Distrito de Setúbal	15-49	50+	Total	Total
	anos	anos	(N)	(%)
Moita	220	49	269	29%
Seixal	190	48	238	26%
Almada	124	26	150	16%
Barreiro	120	30	150	16%
Setúbal	35	15	50	5%
Montijo	19	5	24	3%
Palmela	12	3	16	2%
Sesimbra	11	4	14	2%
Alcochete	4	1	5	1%
Sines	1	1	2	0%
Santiago do Cacém	1	1	2	0%

**Quadro 16. (Cont.)**

Distrito de Setúbal	15-49	50+	Total	Total
	anos	anos	(N)	(%)
Grândola	0	0	0	0%
Total	737	182	920	100%

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Como referido anteriormente, os distritos de Faro e do Porto são aqueles que, a seguir a Lisboa e a Setúbal, têm um maior número de mulheres que terão sido sujeitas a MGF/C. Os números são, contudo, significativamente mais baixos, como se pode observar nas tabelas seguintes.

**Quadro 17. Prevalência de MGF/C no distrito de Faro por município (N)**

Distrito de Faro	15-49	50+	Total	Total
	anos	anos	(N)	(%)
Portimão	63	3	66	23%
Albufeira	44	7	51	18%
Faro	35	11	46	16%
Loulé	35	9	44	15%
Olhão	22	3	26	9%
Silves	15	1	16	6%
Lagoa	13	0	13	5%
Tavira	4	0	5	2%
Lagos	3	2	5	2%
Vila Real de Sto. António	3	0	3	1%
São Brás de Alportel	3	0	3	1%
Vila do Bispo	2	1	3	1%
Aljezur	2	1	2	1%
Monchique	1	0	1	0%
Total	245	38	283	100%

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

**Quadro 18. Prevalência de MGF/C no distrito do Porto por município (N)**

Distrito do Porto	15-49	50+	Total	Total
	anos	anos	(N)	(%)
Vila Nova de Gaia	47	10	57	29%
Porto	33	21	53	28%
Matosinhos	15	5	20	11%
Gondomar	14	3	17	9%
Maia	9	3	12	6%
Valongo	8	2	10	5%
Penafiel	4	1	5	2%
Póvoa do Varzim	4	1	5	2%
Paredes	3	1	4	2%
Santo Tirso	2	2	3	2%
Vila do Conde	1	1	2	1%
Felgueiras	1	0	1	1%
Paços de Ferreira	1	1	1	1%
Amarante	1	0	1	0%
Lousada	1	1	2	1%
Marco de Canaveses	1	0	1	0%
Total	144	50	193	100%

Fonte: CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

No distrito de Faro, os municípios que mais se destacam são Portimão (com 23% do total do distrito), Albufeira (com 18%), Faro (com 16%) e Loulé (com 15%).

Relativamente ao distrito do Porto, é sobretudo nos municípios de Vila Nova de Gaia e do Porto que estas mulheres mais se concentram, representando, respectivamente, 29% e 28% do total do distrito.

É apenas de referir ainda que tanto no caso do distrito de Faro como no do Porto estamos a falar de um número de mulheres, por município, abaixo dos 100.



### 3.3. Meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C

#### 3.3.1. Explicitação de conceitos

Uma das questões problemáticas que se levantam ao tratar a questão das meninas em risco começa na própria definição conceptual.

O conceito de meninas em risco varia de país para país, o que dificulta uma harmonização dos dados a nível internacional.

Os estudos ingleses, por exemplo, consideram que este grupo é constituído por meninas entre os 0 e os 14 anos de idade nascidas em países praticantes ou filhas de mães nascidas em países praticantes. Ainda de referir que nestes estudos não é usado o conceito de risco, sendo que este se refere a meninas que já foram ou serão submetidas à prática. (Macfarlane & Dorkenoo, 2014)

Já o mais recente estudo belga (Dubourg & Richard, 2014) considera que a categoria de meninas em risco é composto pela segunda geração nascida na Bélgica não sendo, contudo, claro o intervalo de idades considerado. Ou seja, neste caso, não são consideradas as meninas migrantes, ou seja, aquelas que residem na Bélgica, tendo nascido em países praticantes.

O EIGE, no seu relatório de 2013, define meninas em risco como menores (de 18 anos) nascidas em países onde a MGF/C está identificada ou filhas de pai e/ou mãe nascidos/as nesses países. É feita, no entanto, a ressalva que esta definição apresenta problemas dado que inclui no risco meninas que já foram submetidas à prática (EIGE, 2013b).

Perante as várias abordagens ao conceito e o facto de não nos parecer conceptualmente preciso usar o termo risco quando se sabe que inclui meninas que já foram submetidas à prática, optaremos por designar este grupo como “meninas que foram/serão submetidas a MGF/C”. Considerámos ainda que este grupo deveria integrar meninas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos uma vez que é sobretudo neste intervalo de idades que a MGF/C é praticada (Martingo, 2009; UNICEF, 2013).

Para o cálculo desta estimativa, e tendo em conta que serão consideradas meninas nascidas em países de risco ou, tendo já nascido em Portugal, são filhas de pais/mães nascidos (ambos ou apenas um/uma) nesses países, foi necessário recorrer a uma combinação de dados.

Por um lado, foram contabilizadas as meninas residentes em Portugal naturais de países praticantes de MGF/C, à semelhança do que

tinha sido feito anteriormente para as mulheres e meninas com 15 ou mais anos. No entanto, e tendo em conta que muitas meninas que são filhas de mães e pais originários desses países poderão já ter nascido em Portugal, esta metodologia deixá-las-ia de fora.

Procurou-se então adoptar uma metodologia para as conseguir incluir. Várias questões surgiram neste processo. Por um lado, não seria possível usar directamente os dados dos Censos uma vez que os questionários individuais não incluem a naturalidade do pai e da mãe. Por outro lado, contemplou-se a hipótese de aceder aos registos de nascimentos nas maternidades portuguesas, como estava previsto inicialmente, hipótese essa que foi abandonada uma vez que esta informação não está centralizada. Por último, foi ainda considerada a possibilidade de obter dados relativos aos nascimentos em Portugal, conforme compilados pelo INE. Não foi, contudo, considerado viável, uma vez que a informação relativa à naturalidade dos pais e das mães só começou a ser recolhida em 2010.

Assim, foi necessário recolher esta informação de forma indirecta. Os questionários individuais dos Censos não contemplam, como já referido, a naturalidade dos pais mas incluem a naturalidade do/a próprio/a. Reconstituindo os agregados através do questionário de família, é possível obter a informação sobre a naturalidade dos indivíduos que têm filhas. Combinando os dois questionários (individual e de família), era já possível aceder à naturalidade dos pais uma vez que no questionário de família é dada a indicação do parentesco e no questionário individual é dada a naturalidade.

Deste modo, e por forma a poder ter dados compatíveis com os já recolhidos (meninas residentes em Portugal naturais daqueles países) recorreu-se à mesma fonte, os Censos 2011. A única limitação deste procedimento é o facto de só podermos ter acesso às “famílias clássicas”<sup>10</sup>, ou seja, neste contexto, a pessoas que vivem com ou pai e/ou mãe.

Assim, os dados a que tivemos acesso dizem respeito a “População por idades (0-14 anos) do sexo feminino, que vivem em famílias clássi-

10 O conceito de família clássica, definido pelo INE, refere-se ao “Conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento” (Metainformação, INE).

cas, nascidas em Portugal, por naturalidade da mãe e do pai (todos os países)”, segundo denominação do INE.

Desta forma foi possível juntar às meninas nascidas em países com prevalência de MGF/C as meninas que, tendo nascido já em Portugal, podem já ter sido submetidas à prática ou estar em risco por serem filhas de pais/mães oriundos/as daqueles países.

O número de meninas que foi ou será submetida à MGF/C foi calculado com base na metodologia de extrapolação da prevalência do país de origem para o país de destino.

A prevalência na origem que serviu de base a este cálculo corresponde à do grupo etário dos 15 aos 19 anos. Ainda que o relatório da UNICEF (2013) tenha informação relativa à prevalência por grupos quinquenais dos 0 aos 14 anos, optámos por não usar esses dados por dois motivos: por um lado, esses dados existem apenas para 12 dos 29 países considerados, o que implicaria que, para os restantes, teria de ser usado como referência o escalão dos 15-19 anos, ou seja, implicaria alguma incoerência nos cálculos; por outro lado, e tendo em conta que a maioria das MGF/C são praticadas até aos 14 anos de idade, só quando as meninas chegam ao grupo etário seguinte (15-19 anos) é que sabemos qual a sua “condição” final. Assim, a prevalência encontrada para o grupo dos 0 aos 14 anos pode não ser a mais correta para o cálculo que se pretende, pois corresponde à “condição” da menina no momento da aplicação do questionário e ela poderá não ter ainda atingido a idade habitual de sujeição ao corte.

Desta feita, e tendo em conta que “nos 29 países onde a MGF/C está concentrada, quase todas as meninas foram cortadas antes dos 15 anos de idade”<sup>11</sup> (UNICEF, 2013: 23), considerámos o grupo etário dos 15 aos 19 anos como o de “estatuto” final, pelo que é esse que será utilizado no cálculo do número de meninas entre os 0 e os 14 anos que já foram ou serão submetidas à prática.

Os dados da população portuguesa alvo da extrapolação correspondem às meninas residentes em Portugal nascidas nos países onde a MGF/C é praticada e às meninas nascidas em Portugal e cujas mães<sup>12</sup> são oriundas de países onde a MGF/C é praticada.

---

11 Tradução própria.

12 Apesar da família do pai poder, muitas vezes, ter influência na decisão de submissão das filhas à prática, não dispomos de dados suficientes para poder ter essa informação em

Em síntese, e face ao exposto, o número de meninas que foram ou serão submetidas à prática será calculado com base: na prevalência no país de origem relativa ao grupo etário dos 15 aos 19 anos; no número de meninas entre os 0 e os 14 anos (1) nascidas em Portugal de mães oriundas de países praticantes ou (2) nascidas, elas próprias, em países praticantes.

### 3.3.2. Cálculo do número de meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C

Tendo em conta as opções metodológicas tomadas, apresentam-se de seguida os dados relativos ao número de meninas, entre os 0 e os 14 anos, residentes em Portugal que (a) nasceram em países praticantes ou (b) que, tendo nascido em Portugal, são filhas de mães naturais naqueles países. Com base na combinação destes valores, foi possível, recorrendo ao método de extrapolação da prevalência no país de origem (no escalão etário dos 15 aos 19 anos), estimar o número total de meninas residentes em território nacional que foram ou serão, até a idade dos 15 anos, submetidas à MGF/C, e que se apresentam de seguida.

**Quadro 19. Meninas residentes em Portugal e meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C (N)**

País de origem	Prevalência no país de origem 15-19 anos (%)	Número de meninas dos 0 aos 14 anos			
		(a) residentes em Portugal nascidas em	(b) nascidas em Portugal com mães nascidas em	total (a+b)	foram/serão submetidas a MGF/C
Benim	8	0	4	4	0
Burkina Faso	58	2	1	3	2
Camarões	0,4	3	9	12	0
Centro-Africana (República)	18	0	15	15	3
Chade	41	0	2	2	1
Costa do Marfim	28	4	13	17	5

conta. Assim utilizámos a metodologia que tem sido aplicada nos estudos internacionais mais recentes, que é a de considerar apenas o país de origem da mãe (e.g. Exterkate, 2013; Macfarlane & Dorkenoo, 2014; Dubourg & Richard, 2014).

**Quadro 19. (Cont.)**

País de origem	Prevalência no país de origem 15-19 anos (%)	Número de meninas dos 0 aos 14 anos			
		(a) residentes em Portugal nascidas em	(b) nascidas em Portugal com mães nascidas em	total (a+b)	foram/serão submetidas a MGF/C
Egipto	81	5	20	25	20
Eritreia	78	0	0	0	0
Etiópia	62	1	2	3	2
Gâmbia	77	2	12	14	11
Gana	2	5	8	13	0
Guiné	89	38	63	101	90
Guiné-Bissau	48	1114	2278	3392	1628
Íemen	19	1	2	3	1
Iraque	5	1	7	8	0
Libéria	44	1	3	4	2
Mali	88	0	12	12	11
Mauritânia	66	0	0	0	0
Niger	2	0	1	1	0
Nigéria	19	8	30	38	7
Quênia	15	5	6	11	2
Senegal	24	65	46	111	27
Serra Leoa	80	1	4	5	4
Somália	97	3	0	3	3
Sudão	84	13	1	14	12
Tanzânia	7	0	14	14	1
Togo	1	1	6	7	0
Uganda	1	0	0	0	0
TOTAL (N)		1273	2559	3832	1830

Fonte: UNICEF (2013); Censos 2011, INE; CesNova/CICS.NOVA, FCSH/UNL, projecto MGF/C, 2015.

Do total de 3.832 meninas residentes em território nacional, 1.830 foram ou serão submetidas à MGF/C até completarem 15 anos de idade.

À semelhança dos dados relativos à prevalência em mulheres em idade reprodutiva, a Guiné-Bissau é também aqui o país que tem mais

peso no conjunto destas populações. Assim, 1.628 das 1.830 meninas residentes em Portugal que foram ou serão submetidas à prática nasceram na Guiné-Bissau ou são filhas de mães oriundas desse país, o que corresponde a 89% do total.

Não foi considerado para os cálculos o efeito da migração como factor de mudança dos comportamentos e percepções em relação à MGF/C, ou seja, não foi tido em conta que possa haver uma diminuição da prática fora do contexto do país de origem. Estudos anteriores (e.g. Dubourg et al., 2011) têm revelado que, fora da comunidade de origem, as pessoas tendem a não perceberem a MGF/C como necessária não só por uma diminuição da pressão social mas também pela existência de legislação penalizadora da prática nos países de acolhimento. Por outro lado, um maior acesso a bens de saúde e de educação no país de destino podem igualmente contribuir para a diminuição da prática nestas populações migrantes. No entanto, dos estudos feitos a nível europeu, esta questão foi abordada apenas numa dimensão qualitativa nunca tendo sido integrada na estimação das prevalências uma vez que não foi ainda encontrada uma metodologia fiável de transposição desta informação mais qualitativa para a análise quantitativa.

No estudo que aqui se apresenta, podemos apenas acrescentar que, tendo em conta os dados recolhidos com as entrevistas em profundidade, dimensão que será explorada mais adiante, esse efeito dissuasor parece existir: não sendo determinante, a migração parece contribuir para a diminuição da prática no país de destino sobretudo devido ao contacto com práticas culturais diferentes e com o maior acesso a informação e a recursos educacionais.

No que diz respeito ao número de meninas que foram ou serão submetidas à MGF/C, foi ainda ensaiado um exercício de comparação a nível europeu. Contudo, face à multiplicidade de critérios e metodologias utilizadas (que explicitaremos mais adiante), não foi possível obter dados comparáveis.

### **3.4. A MGF/C no contexto da União Europeia**

Finalmente, e mesmo considerando que a natureza e características das fontes usadas nos estudos levados a cabo nos vários países europeus torna difícil as análises comparativas das prevalências da MGF/C, pen-

samos que é importante ter pelo menos um referencial de comparação internacional para o caso português.

Para isso foram analisados os estudos de prevalência já realizados na União Europeia (UE), cuja informação foi compilada pelo EIGE e que se encontra disponível na sua página *web*. A avaliação que a seguir se apresenta diz respeito à informação disponível no site do EIGE em Março de 2015.

Até esse momento, no contexto dos 28 países que constituem a UE, foram realizados 7 estudos nacionais de prevalência da MGF/C: Inglaterra e País de Gales (2014); Bélgica (2014); Holanda (2013); Alemanha (2013); Irlanda (2013); Hungria (2012) e Itália (2009). O oitavo país a fazê-lo é Portugal e a Suécia tem um estudo em curso que conta publicar ainda em 2015.

Foram analisados os relatórios relativos a cada um dos países no que diz respeito a:

- Metodologia empregue:
  - ano dos dados;
  - fontes utilizadas (quer relativamente ao número de mulheres residentes no país, quer para a informação relativa à prevalência nos países de origem);
  - desagregação da informação por idade e região;
  - inclusão de populações específicas como 2ª geração, não documentadas, refugiadas/pedidos de asilo;
  - método de estimação da prevalência (método em si; conceitos e definições empregues e forma como o método foi aplicado).
- Resultados quantitativos:
  - número de mulheres residentes no país provenientes de países identificados como praticantes da MGF/C;
  - dados de prevalência – número de mulheres afectadas, entre os 15 e os 49 anos;
  - número de meninas (0-14 anos) que já foram ou serão submetidas à prática;
  - outros dados relevantes (como, por exemplo, a estimação da prevalência em mulheres com 50 e mais anos).

Numa nota global, percebe-se que dificilmente poderemos ter um quadro fiável de comparação internacional. Isto porque os diferentes estudos variam bastante em relação aos tópicos que foram analisados e acima enumerados. Apresenta-se de seguida uma breve análise de cada um desses estudos (ver também a grelha de comparação em anexo).

Começando pelo menos recente, relativo à **Itália**, o estudo (Istituto Piepoli, 2009) considera apenas as mulheres residentes com estatuto legal, não sendo indicada a fonte dos dados, provenientes de 26 países africanos. A metodologia utilizada é a da extrapolação mas não é dada qualquer indicação adicional que permita perceber como foi aplicada, ou seja, se a prevalência foi calculada com base na prevalência global no país de origem ou se por grupo etário. Este trabalho foi ainda acompanhado de um estudo qualitativo que permitiu perceber que a migração para a Europa terá um efeito de diminuição na prática. Assim, em vez da prevalência global na origem (46%) foi aplicada uma prevalência mais baixa (30%) para ter em conta este factor. Não é, contudo, dada qualquer indicação de como foi obtido este valor. Este estudo contempla ainda uma desagregação dos dados por região mas não são apresentados dados de prevalência desagregados por país de origem nem por grupo etário. Aqui, o conceito de meninas em risco abrange as meninas com idades inferiores a 17 anos.

Estima-se que, em Itália, haveria, em 2008, 35 mil mulheres afectadas pela MGF/C, das quais 1.100 seriam vítimas potenciais meninas menores de 17 anos.

Como consideração final relativamente ao estudo italiano, refira-se que a metodologia utilizada não é clara. No que concerne às opções assumidas, encontramos vários factores que dificultam as comparações a nível internacional: não utilização dos 29 países de origem identificados como praticantes de MGF/C, falta de desagregação por idade e por país de origem, aplicação de uma prevalência global cujo método de cálculo não é de todo claro.

O estudo relativo à **Hungria** (Kőszeghy, 2012) reporta-se a dados de 2011 e inclui, no seu cálculo de prevalência, mulheres estrangeiras, refugiadas, ao abrigo de protecção temporária e residentes em centros de recepção de imigrantes, sendo a fonte destes dados o *Office of Immigration and Nationality*. A metodologia empregue é a da extrapolação da prevalência do país de origem para ao país de destino não sendo, no



entanto, aplicada por grupo etário – é aplicada a prevalência global do país. Consideramos que os resultados deste estudo têm um potencial limitado de comparabilidade internacional por vários motivos: utilização da prevalência global (não são tidas em conta as prevalências nos diferentes grupos etários o que leva a um enviesamento da informação); são consideradas apenas as mulheres estrangeiras o que deixa de fora as que, tendo nascido naqueles países, já terão adquirido a nacionalidade húngara; não são tidas em conta as segundas gerações; e não são apresentados dados desagregados por grupo etário nem por país de origem. Estima-se que 170 a 350 mulheres a residir na Hungria tenham sido submetidas a MGF/C.

O estudo realizado na **Irlanda** (Bansal, Breckwoltd, Green & Mbugua, 2013) representa uma situação semelhante em termos de comparabilidade com os dados portugueses. São consideradas as mulheres residentes provenientes dos países praticantes com base no recenseamento da população de 2011 e é aplicada a metodologia de extrapolação da prevalência do país de origem para o país de destino. Contudo, para a extrapolação é usada a prevalência global do país de origem e não as prevalências específicas de cada grupo etário. Por outro lado, são apenas consideradas as mulheres entre os 15 e os 44 anos e 24 países de origem (não sendo referido o motivo pelo qual os restantes 5 não são incluídos). Assim, e tendo em conta todas estas particularidades, não consideramos viável a comparação dos dados portugueses com os irlandeses. Em todo o caso, das 10.636 mulheres provenientes de países praticantes (com 15 a 44 anos de idade) residentes na Irlanda, 3.780 terão sido submetidas à prática.

No que diz respeito à **Alemanha**, a publicação disponível (Terre des Femmes, 2013) é muito limitada quanto à informação fornecida. Ainda assim, foi possível perceber que foram consideradas as meninas e mulheres residentes (em 2013) com nacionalidade dos países praticantes (sendo que foram considerados todos menos o Iémen) e os dados foram recolhidos no *German Statistical Office*. A metodologia utilizada é a da extrapolação da prevalência global no país de origem sendo que para efeitos de cálculo de prevalência no país de destino foram consideradas apenas as mulheres acima da idade mediana aquando do corte. As meninas abaixo da idade mediana são consideradas como estando em risco. Mais uma vez, a informação disponibilizada e as opções metodo-

lógicas tomadas inviabilizam uma adequada comparação com os dados portugueses uma vez que: não são apresentados dados por escalão etário; os cálculos são feitos com base na prevalência global dos países de origem e não nas prevalências específicas dos grupos etários; é utilizada a idade mediana ao corte para diferenciar prevalência e meninas em risco; não foram considerados os 29 países de origem; e não foram tidas em conta as mulheres que, tendo nascido nos países praticantes, tenham já obtido nacionalidade alemã. Segundo os dados apresentados, haverá naquele país 24.977 mulheres afectadas pela MGF/C.

O estudo de prevalência realizado na **Holanda** (Exterkate, 2013) apresenta dados de 2012 relativos a mulheres provenientes de países praticantes e de segunda geração na Holanda (dados do *Dutch Central Statistical Office*) e pedidos de asilo em 2012 (dados da *Central Agency for the Reception of Asylum Seekers*). É aplicada a metodologia de extrapolação corrigida por diferentes cenários de mudança da prática no país de destino (é calculado o número máximo e mínimo de mulheres afectadas; para o cálculo do mínimo é usada a idade mediana ao corte e a idade da pessoa à chegada à Holanda). Assume-se que se a menina/mulher tiver entrado no país após a idade mediana do corte, a prevalência será igual a 0). Apesar de terem sido tidos em conta os 29 países identificados como praticantes, não poderemos comparar os dados portugueses com os holandeses na medida em que são usados escalões etários diferentes (aliás diferentes de todos os outros estudos consultados). Das 69.769 mulheres provenientes dos países identificados como praticantes (e suas filhas), 29.120 terão sido submetidas à prática.

Relativamente ao estudo realizado na **Bélgica** (Dubourg & Richard, 2014), já mencionado anteriormente, são tidas em conta mulheres residentes no país originárias de países identificados como praticantes em 2012 (dados da *Direction Générale Statistique*), os pedidos de asilo de 2012 (dados do *Office des Etrangers*) e as meninas nascidas de mães provenientes daqueles países, entre 1998 e 2012 (dados do *Office de la Naisance et de l'Enfance* e *Kind & Gezin*). Neste estudo são consideradas meninas em risco as meninas e mulheres de 2ª geração sem ter em conta a idade. A metodologia de cálculo da prevalência é a da extrapolação por grupo etário e é ainda feita uma desagregação por região. Apesar da metodologia ser semelhante, os dados apresentados não poderão ser directamente comparáveis com os portugueses uma vez que é dado ape-

nas o número de mulheres provenientes de países praticantes sem dar informação sobre as idades. Assim, teremos de assumir que o número de mulheres apresentado se refere ao total de mulheres e não apenas às em idade reprodutiva, dado fundamental para o cálculo da prevalência global. Para além deste aspecto, e segundo a informação disponível no site do EIGE, foram considerados apenas 28 dos 29 países praticantes. Também neste estudo não foi tido em conta: as mulheres não documentadas; o grupo étnico; a influência da migração na possível alteração da prática; ou o impacto da legislação nacional. Segundo o relatório belga, das 48.092 mulheres e meninas provenientes daqueles países ou filhas de mães nessas circunstâncias, 13.112 terão muito provavelmente já sido submetidas à prática enquanto que 4.084 estão potencialmente em risco.

Por último, o estudo de **Inglaterra e País de Gales**, utiliza os dados dos Censos de 2011 para aferir o número de mulheres originárias de países praticantes e os registos de nascimentos para avaliar o número de meninas nascidas no território, filhas de mães provenientes de países praticantes. O relatório disponível à altura da conclusão do estudo (Macfarlane & Dorkenoo, 2014) era ainda um relatório intercalar pelo que informação mais detalhada deverá ser publicada posteriormente. Em todo o caso, esta publicação fornece toda a informação necessária a uma análise da situação da MGF/C naqueles países e das opções metodológicas tomadas. Assim, é utilizado o método de extrapolação por grupo etário sendo ainda acrescentado o cálculo da prevalência no grupo de mulheres com 50 ou mais anos. É feita ainda uma operação adicional em que a prevalência é recalculada excluindo os grupos étnicos não praticantes. Para além da introdução do grupo etário dos 50 e mais anos, a inovação deste estudo reside no facto de não se utilizar o conceito de meninas em risco uma vez que, como vimos anteriormente, a ideia de risco não traduz, em rigor, aquilo que na prática é calculado. Também aqui não é tido em consideração o potencial efeito dissuasor da migração na prevalência da prática. Este é, portanto, o estudo com o qual mais nos identificamos quer em termos de abordagem conceptual quer de opções metodológicas e fonte dos dados: dados dos Censos de 2011; desagregação por grupo etário consonante com a usada nos estudos de prevalência na origem; é considerado o intervalo etário dos 0 aos 14 anos para estimar o número de meninas que foram ou serão subme-

tidas à MGF/C; não é feita nenhuma correcção às estimativas referente ao efeito da migração como factor potencial de diminuição da prática; método da extrapolação da prevalência do país de origem para o país de destino por grupo etário.

Deste modo, e tomando os valores da Inglaterra e País de Gales, verifica-se que, em termos relativos, a prevalência em Portugal e naqueles países é muito próxima, sendo de 49% para Portugal e de 48% para Inglaterra e País de Gales. Ainda assim, é possível observar que, em termos absolutos, as situações são muito díspares: em Portugal, a MGF/C afectará cerca de 5.246 mulheres ao passo que em Inglaterra e no País de Gales atingirá 137 mil.

Por fim, é ainda de referir que, à data de conclusão do estudo que agora se publica, estavam em curso dois estudos com o objectivo de criar metodologias que permitissem a recolha e tratamento de dados comparáveis sobre a MGF/C.

O primeiro, promovido pelo EIGE, e entretanto terminado e divulgado, visa a construção de uma metodologia para a estimação do número de mulheres e meninas em risco de MGF/C nos estados membros da União Europeia. Através de uma combinação de estratégias qualitativa e quantitativa, sugerem uma metodologia de estimação do número de meninas em risco (EIGE, 2015).

O segundo projecto, que está ainda em curso, é financiado pelo programa DAPHNE e visa a criação de instrumentos mais apurados para o estudo da prevalência de MGF/C na União Europeia. Os seus principais objectivos passam pelo desenvolvimento de um conceito comum de prevalência de MGF/C e de padrões mínimos para a estimativas da prevalência de MGF/C na UE por forma a obter dados comparáveis. Conduzido pela Universidade de Ghent (Bélgica), em colaboração com o *Institut National d'Etudes Démographiques* (França) e o Departamento de Sociologia da *Università degli Studi di Milano-Bicocca* (Itália), estará concluído em Novembro de 2016.

Como nota conclusiva, acrescentaremos apenas que o presente estudo, relativo à estimação da prevalência de MGF/C em Portugal apresenta, como vimos, dados com um elevado grau de desagregação a vários níveis, algo que não acontece na esmagadora maioria dos restantes estudos europeus:

- todas as estimações são feitas com base na prevalência do país de origem desagregada por escalão etário;
- a informação é sempre apresentada por escalões etários;
- o cálculo do número de mulheres residentes em Portugal que terão sido submetidas à prática abrange todas as mulheres com mais de 15 anos e não apenas as em idade reprodutiva, ainda que os dados para este grupo sejam sempre apresentados por forma a permitir comparações futuras;
- para o cálculo do número de meninas (0 aos 14 anos) que foram ou serão submetidas à prática são tidas em conta não apenas as nascidas em Portugal (segunda geração) mas também as que migraram para Portugal;
- a desagregação territorial é feita ao nível do município;
- e é feita uma desagregação por tipo de corte.

Em suma, e face ao exposto, parece-nos que, mesmo com os melhoramentos passíveis de serem feitos no futuro (que incluem, por exemplo, um inquérito representativo a nível nacional e a obtenção de mais dados qualitativos), o modelo que aqui adoptámos constitui-se como um importante contributo para futuros estudos.

## 4. A PRÁTICA DA MGF/C: CONTEXTOS E CARACTERÍSTICAS

### 4.1. Os instrumentos metodológicos para a recolha de dados

O estudo da MGF/C, dada a sua sensibilidade e questões éticas associadas, traz um conjunto de desafios. Foram diversas as abordagens da equipa de investigação à questão, tendo-se algumas delas revelado infrutíferas. Em todo o caso, e porque esta publicação pretende ser, para além de um avanço no conhecimento, também um referencial metodológico para investigações futuras, descreveremos uma das abordagens iniciais e os esforços levados a cabo para a concretizar, bem como os motivos pelos quais essa mesma abordagem não se nos afigurou como viável no contexto temporalmente reduzido de realização deste estudo.

Foi considerada a possibilidade de utilização de duas metodologias distintas (numa dimensão de análise meso, como atrás aludido): (1) amostragem conduzida pelo entrevistado (*response driven sampling* [RDS]), onde são escolhidos participantes-chave (sementes) que são responsáveis pelo recrutamento de novos participantes, expandindo-se então a amostra em ondas de recrutamento até se completar a dimensão pretendida. Este método permite eliminar a preocupação com a privacidade dos participantes uma vez que estes são recrutados pelos seus pares; (2) a amostra por tempo-local (*time location sampling* [TLS]), que se baseia no uso de locais e na compreensão de um grupo alvo numa perspectiva etnográfica, para além da selecção aleatória de locais-dias-horários. Deve ser usada quando é possível a identificação de locais de reunião destas populações em dias e horários específicos e identificáveis.

Estas metodologias prevêm que a escolha do melhor método de amostragem deva ser efectuada com base nos resultados de uma pesquisa formativa, onde participam os coordenadores das equipas de investigação e representantes da comunidade da população-alvo. Este processo é fundamental para se determinar, nomeadamente, se a população-alvo está em rede, o interesse da população em participar no estudo, a necessidade de haver incentivos, o local, dia e hora de recrutamento, as características e número de sementes e os modelos de recrutamento. Em geral, as técnicas usadas são os grupos focais e as entrevistas semiestrutu-

radas. Tendo em conta a avaliação formativa efectuada, e que se descreve mais adiante, optou-se por, numa primeira fase, privilegiar o método TLS já que foi possível identificar locais, dias e horários de reunião destas populações e ainda porque a literatura mostrou que a RDS pode não funcionar bem pela fraca adesão dos respondentes. Ainda que não exista consenso na literatura, é da população-alvo que depende o sucesso da implementação da RDS ao passo que na TLS existe um maior controlo do processo de amostragem por parte da equipa de investigação.

Para a aplicação da TLS<sup>13</sup>, é necessário criar um mapa de todos os locais, dias e horários de reunião destas populações, sendo esta a base de amostragem, de onde serão seleccionados, aleatoriamente, os respondentes. Por ser um método de amostragem aleatório por *clusters*, permite, por um lado, uma representatividade do universo, por outro lado, uma aproximação a populações de difícil acesso e, por último, não requer a existência de uma base de sondagem dos indivíduos que compõem o universo. Apresenta, contudo, o desafio de construir um mapa completo dos locais, dias e horários onde os elementos podem ser encontrados. Este é um método de difícil validação uma vez que exclui todos os elementos da população-alvo que não frequentem esses mesmos locais. Este tipo de amostra requer uma dimensão mínima de 500 pessoas, um período de recolha de dados superior a 6 meses (e inferior a 12) e, entre outros, a realização de 14 eventos de amostragem por mês.

A avaliação formativa realizada, processo de recolha qualitativa de dados necessária ao desenvolvimento desta metodologia, contou com a colaboração dos diversos membros da equipa de investigação, nas suas diferentes valências, e permitiu obter um retrato de cariz qualitativo da população de mulheres guineenses das regiões de Lisboa e Setúbal. Também a realização de entrevistas a presidentes e técnicos de associações de imigrantes, profissionais de saúde e da área da magistratura permitiram perceber algumas das dinâmicas socioculturais daquelas mulheres.

Esta avaliação formativa, que incluiu uma análise aos dados então já recolhidos dos Censos de 2011, permitiu perceber que é a população guineense a mais representada em termos de naturalidades estrangeiras em Portugal: a Guiné-Bissau representa 89% do total das mulheres,

13 Para um conhecimento mais aprofundado desta metodologia, ver Raymond, Ick, Grasso, Vaudrey, & McFarland, (2007).

em idade reprodutiva, oriundas de países de origem onde a MGF/C é praticada. Por outro lado, concluiu-se também que é nos distritos de Lisboa e Setúbal que se concentra a esmagadora maioria da população guineense: 84,6%.

Foi igualmente possível identificar e contactar informadores/as-chave. O contacto com estes/as, tendo sido feito, maioritariamente, através de membros de organizações que intervêm junto das comunidades, facilitou não só a entrada no meio como possibilitou ainda a sensibilização da população-alvo para a realização do estudo.

Em suma, a avaliação formativa permitiu identificar os seguintes elementos, necessários à aplicação da metodologia TLS:

1. Área geográfica: alguns municípios dos distritos de Lisboa e Setúbal com forte presença e concentração de comunidades originárias de países onde a MGF/C é praticada (ainda que o enfoque esteja na população guineense pelos motivos atrás descritos).
2. Pessoas-chave:
  - i. Profissionais de saúde com experiência na detecção e acompanhamento de casos de MGF/C assinalados em meio hospitalar ou noutras unidades de cuidados de saúde e responsáveis da Direcção-Geral da Saúde, considerados pontos focais da instituição, para as questões da MGF/C;
  - ii. Técnicos/as, representantes e responsáveis de instituições ou associações de imigrantes onde a MGF/C seja uma temática trabalhada com as comunidades (MUSQUEBA, AGUINENSO, Solidariedade Imigrante). O trabalho já desenvolvido por estas associações, sobretudo ao nível da sensibilização contra a MGF/C junto das comunidades, é uma mais-valia para a condução desta metodologia, sobretudo ao nível dos eventos que promovem junto da comunidade e aos quais a equipa poderá ter acesso presencial;
  - iii. Mulheres próximas das comunidades onde a MGF/C é praticada e que são, igualmente, activistas contra a prática. Estas activistas desenvolvem, regularmente, acções de sensibilização junto das comunidades contra a prática da MGF/C.
3. Línguas: No seio da comunidade com que trabalhamos, guineense, e apesar da língua portuguesa ser a língua oficial, verificámos que muitas das mulheres apresentavam algumas dificuldades em expressar-se



em português, sendo então o crioulo preferível (na maioria dos casos necessário).

4. Desafios no acesso à população-alvo:
  - i. Como já referido anteriormente, a língua constituiu-se como um obstáculo ao contacto e comunicação com a comunidade guineense. Os contactos com as mulheres desta comunidade, bem como as entrevistas, foram efectuados por membros de uma associação que conosco colaborou e que são fluentes no crioulo;
  - ii. O acesso às comunidades provenientes de países onde a MGF/C é praticada revelou-se difícil uma vez que são relativamente fechadas a elementos exteriores à comunidade. O acesso a estas comunidades imigrantes exigiu a colaboração de um elemento próximo da comunidade e com quem os seus membros tinham relações de confiança. O facto da MGF/C ser em Portugal alvo de criminalização (à época, ao abrigo do Artigo 144º do Código Penal) é um factor inibidor da colaboração dos membros dessas comunidades.
5. Locais: Algumas das associações e instituições que conosco colaboraram organizam regularmente eventos (workshops, reuniões, acções de sensibilização) sobre a MGF/C. São eventos abertos ao público em geral e aos quais a equipa de investigação facilmente teria acesso. Estes eventos contam com a participação de mulheres oriundas de países onde a MGF/C é praticada. Para além desses eventos, contávamos ainda com celebrações com elevada afluência destas comunidades (elemento chave para a aplicação da metodologia proposta).

Procurou implementar-se esta metodologia no prazo previsto para o projecto mas a não existência de acontecimentos suficientes junto das populações migrantes nesse período, adequados para se obter uma amostra que pudesse representar a totalidade do universo, obrigou a equipa de investigação a utilizar uma outra metodologia. Esta, mesmo não permitindo corrigir quantitativamente a prevalência já estimada, possibilitou qualificar social e culturalmente os resultados desse cálculo.

Nesse sentido, recorreu-se à realização de um inquérito sociológico que, mesmo sem a possibilidade de ser estatisticamente representativo da população, foi qualitativamente informado através de entrevistas a informadores/as privilegiados/as, de modo a aproximar-se da realidade que se pretende estudar.

A equipa de investigação prosseguiu então com o levantamento de informação empírica através da aplicação de questionários a homens e a mulheres com nacionalidade ou naturalidade de países onde a MGF/C está documentada.

Os dados que se apresentam de seguida são resultado da análise quantitativa feita aos questionários aplicados a mulheres e homens originários de países onde a MGF/C é prática corrente. Os principais objectivos da aplicação dos questionários foram os seguintes:

1. Qualificar os resultados obtidos com o cálculo de prevalência pelo método de extrapolação, procurando identificar as características socioculturais dos/as intervenientes na prática da MGF/C, bem como dos respectivos contextos sociais;
2. Identificar as percepções e representações sociais acerca das causas da MGF/C e das medidas a adoptar para a sua erradicação, particularmente nos jovens.

Neste caso, foram inquiridas/os mulheres e homens que integram o contexto sociocultural onde tal prática é efectuada.

O questionário foi aplicado por três inquiridores, duas mulheres e um homem. À semelhança das entrevistas, foi necessário recorrer a dois inquiridores que pudessem aplicar o questionário em crioulo, uma vez que muitos dos indivíduos se disponibilizaram para responder não dominavam a língua portuguesa. Esses inquiridores foram formados de acordo com a informação que se pretendia obter com cada pergunta do questionário.

A equipa de investigação construiu dois questionários diferentes para aplicação a homens e a mulheres. Os questionários foram aplicados entre os meses de Outubro e Dezembro de 2014.

Assim, sendo possível a aplicação do método TLS, a amostra foi construída através do método de bola de neve. Como já referido, as populações oriundas de países onde a MGF/C está documentada são de difícil acesso. Acresce a este factor a sensibilidade da temática. Nesse sentido, teve de se recorrer a algumas associações que colaboraram no estudo, nomeadamente à Aguiense (Associação Guineense de Solidariedade Social) e à Associação de Estudantes da Guiné-Bissau em Lisboa, no sentido de solicitar às pessoas que frequentam as respectivas

associações para colaborar com os inquiridores e responder ao questionário.

A recolha de informação através da aplicação dos questionários foi, posteriormente, inserida e organizada em SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para que fosse possível a análise e produção de resultados estatísticos, que se apresentam de seguida.

## **4.2. Práticas de MGF/C e contextos socioculturais**

### **4.2.1. Características socioculturais das pessoas inquiridas**

Foram validados 123 questionários, aplicados a estudantes da oriundos da Guiné-Bissau a viver em Portugal (25,9%), a pessoas residentes no Vale da Amoreira (13,8%) e a pessoas que recorreram à associação Aguiense (12,9%).

A maioria dos/as inquirido/as são mulheres (70%) e os restantes homens (30%). A maioria dos/as inquiridos/as tinha entre 25-34 anos (35,1%). Os/as inquiridos/as entre os 18-24 anos representaram cerca de 27% e os/as maiores de 55 anos 12% do total. A média de idades das mulheres inquiridas é de 32,6 anos e dos homens de 40,2 anos. A grande maioria das pessoas inquiridas (98,3%) é da Guiné-Bissau. Quanto à região da qual são oriundos/as e tendo em conta que a grande maioria das pessoas inquiridas é da Guiné-Bissau, mais de metade é oriundo/a da localidade de Bissau (58,3%). A localidade mais referida a seguir é Biombo, de onde provêm 6,5% das pessoas inquiridas. Apresentamos de seguida os resultados relativos ao inquérito às mulheres.

### **4.2.2. As mulheres e a prática da MGF/C**

Quando inquiridas sobre se tinham conhecimento da prática MGF/C, todas as mulheres responderam de forma afirmativa, tendo a grande maioria (98,9%) afirmado que pensava que a MGF/C não era uma boa prática.

**Quadro 20. A MGF/C é uma boa prática?**

	Frequência	%
Não	86	98,9
Sim	1	1,1
Total	87	100

Cerca de 58% das inquiridas diz acreditar que em Portugal as comunidades migrantes não praticam a MGF/C. Todavia, 36% pensa que a prática é realizada em território nacional. A maioria das inquiridas (93,8%) acredita que a emigração contribui para a diminuição da realização da MGF/C e 4,9% pensa que os movimentos migratórios não reduzem a realização da prática nos países de destino.

**Quadro 21. Em Portugal as comunidades migrantes realizam a MGF/C?**

	Frequência	%
Não	50	58,1
Não sabe	5	5,8
Sim	31	36
Total	86	100
Sem informação	1	
Total	87	

**Quadro 22. A emigração contribui para a diminuição da MGF/C?**

	Frequência	%
Não	4	4,9
Não sabe	1	1,2
Sim	76	93,8
Total	81	100
Sem informação	6	
Total	87	

Quando questionadas sobre a existência de mulheres ou meninas na família que tenham sido submetidas à prática da MGF/C, quase 60% das inquiridas refere que não existem. Contudo, cerca de 40% diz que tem na sua família mulheres ou meninas submetidas a MGF/C.

Esta discrepância nas respostas indicia o quão pouco é ainda assumida a prática da MGF/C.

**Quadro 23. Existência de alguma mulher ou menina submetida à MGF/C na sua família**

	Frequência	%
Não	49	59,8
Sim	33	40,2
Total	82	100
Sem informação	5	
Total	87	

Relativamente ao facto de elas terem sido submetidas à prática da MGF/C, quase 80% refere que não é excisada e 20% afirma que sim. Aventamos como hipótese que o facto da maioria das inquiridas dizer não ter sido submetida à prática se poder prender com o facto de muitas delas terem já nascido em Portugal (o que pode diminuir a realização da prática) e com a pertença a etnias que não são praticantes da MGF/C.

Assinale-se ainda que, quando cruzamos esta variável com a idade, a probabilidade das mais jovens terem MGF/C e menor que nas mais velhas.

**Quadro 24. Foi submetida à prática da MGF/C?**

	Frequência	%
Não	67	79,8
Sim	17	20,2
Total	84	100
Sem informação	3	
Total	87	

Nota-se ainda que mais de 94% das mulheres referem que não tencionam submeter as suas filhas à MGF/C e 5,8% admite fazê-lo. Este dado e, à semelhança do que referimos na análise das entrevistas às mulheres, pode expressar uma mudança de comportamento em relação à prática em análise, possivelmente também resultado dos processos migratórios.

**Quadro 25. Tenciona submeter as suas filhas à prática?**

	Frequência	%
Não	81	94,2
Sim	5	5,8
Total	86	100
Sem informação	1	
Total	87	

Uma das questões que se coloca é a de saber a quem mais directamente pode interessar a prática da MGF/C.

Quase 52% das mulheres considera que a MGF/C é mais importante para os homens e 33% refere que a prática da MGF/C é mais importante para as mulheres. Cerca de 7% refere não saber e 4,6% acredita que a MGF/C é importante para ambos os sexos. Apenas 3,4% diz não ser benéfica para nenhum dos sexos.

Este último valor muito baixo pode indiciar que ainda se está longe de uma perspectiva crítica em relação à MGF/C, no sentido em que é uma prática que não serve nem homens nem mulheres, em termos de direitos humanos.

Onde é mais provável encontrar mulheres a dizerem que a MGF/C favorece as mulheres é no escalão etário dos 29-38 anos, enquanto que as mais jovens referem sobretudo que é para os homens. Significará isto uma maior consciência crítica das mais jovens em relação à importância da sua saúde sexual e reprodutiva, ou do seu direito individual à escolha.

**Quadro 26. A MGF/C é mais valorizada pelos homens ou pelas mulheres?**

	Frequência	%
Ambos	4	4,6
Homens	45	51,7
Mulheres	29	33,3
Não sabe	6	6,9
Nenhum	3	3,4
Total	87	100

Nas entrevistas que analisaremos de seguida obtivemos informação que nos permite complementar os resultados do inquérito nomeadamente quanto às consequências ao nível da saúde física e psicológica das mulheres, que é um dos motivos mais referidos pelas inquiridas para considerarem que a prática da MGF/C é nefasta.

De entre as inquiridas que revelaram ter sido sujeitas à prática, apenas uma explica que faz parte da tradição e por isso deve ser respeitada. Todas as outras inquiridas revelam que sabem hoje que a prática tem consequências graves e que deve ser abandonada<sup>14</sup>.

#### 4.2.3. Percepções e representações sociais dos homens

Os resultados quantitativos dos questionários aplicados aos homens oriundos de países onde a MGF/C é praticada são significativamente similares aos dados acima apresentados para as mulheres. Por esse motivo, apresentaremos apenas a descrição dos resultados obtidos, pelo que as tabelas com os respectivos resultados poderão ser consultados em anexo .

A totalidade dos inquiridos refere já ter ouvido falar da MGF/C, e 94,3% diz que considera que esta é uma prática nefasta. Contudo, ainda há 5,7% que assinala que a MGF/C é uma boa prática.

Quanto à realização da MGF/C em Portugal, cerca de 46% dos homens inquiridos refere que as comunidades migrantes não fazem esta prática no território nacional, mas 42,9% pensa o contrário e 11,4% afirma não saber. Assinalamos que o facto da MGF/C ser crime em Portugal e que os inquiridos têm conhecimento desse facto, pode ter condicionado, nalguns casos, as respostas a esta questão.

Perto de 77% dos inquiridos diz que a emigração contribui para a diminuição da prática nos países de destino. De facto, reforça a hipótese da percepção de que os processos migratórios podem efectivamente atenuar a sua realização.

A maioria dos homens inquiridos, 81,8%, refere não ter nenhuma mulher ou menina na família com MGF/C. É interessante comparar com o valor obtido nas mulheres inquiridas, significativamente mais baixo (59,8%), o que pode indiciar que a MGF/C é entendida sobre-

14 Estas informações foram recolhidas através de pergunta aberta pelo que não foi possível à equipa de investigação apresentar tabelas de quantificação.

tudo como uma questão feminina sendo por isso mais conhecida pelas mulheres.

Assinale-se ainda o facto da totalidade dos homens inquiridos dizer que não pensa submeter as suas filhas à prática da MGF/C. Valor consoante com o obtido nas inquiridas, o que pode indiciar uma dimensão favorável para a mudança futura. Este facto é reforçado quando quase 95% dos homens refere que não gostaria que a sua futura mulher fosse excisada e apenas 5,6% afirma o contrário.

Quando questionados sobre a importância da prática, realizadas nas meninas e nas mulheres, cerca de 59% admite que a prática possa ser mais valorizada pelos homens, sendo 26,5% os que referem que a MGF/C não é importante para nenhum dos sexos.

As respostas a este inquérito aplicado a homens e mulheres permite-nos, por um lado, compreendermos a representação social e percepções que uns e outros têm em relação à MGF/C e, por outro lado, configura o contexto sociocultural onde ela é praticada e as expectativas em relação ao futuro.

O facto dos questionários conterem perguntas abertas facilitará a articulação com estudos que se venham a desenvolver no futuro, tendo em vista a exploração de outras variáveis socioculturais.



## **5. CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS: DINÂMICAS, PROCESSOS, MODELOS E VALORES**

Tendo em vista a adopção de medidas de intervenção ao nível das políticas públicas, particularmente de prevenção, o aprofundamento da análise da prática da MGF/C implica o conhecimento do contexto sociocultural onde ela é realizada e reproduzida ao longo do tempo.

Nesse sentido, foram realizadas entrevistas aprofundadas a vários intervenientes no processo. O facto de estarmos perante um fenómeno oculto e de difícil acesso obriga-nos, enquanto investigadores/as, a multiplicar os ângulos de visão e observação, de modo a progressivamente nos aproximarmos da imagem mais próxima possível do real.

### **5.1. Entrevistas exploratórias e entrevistas em profundidade: considerações metodológicas**

De acordo com o que a equipa de investigação se propôs concretizar, foram realizadas entrevistas exploratórias a informadores/as privilegiados/as, nomeadamente a profissionais de saúde, presidentes e técnicos/as responsáveis de associações de imigrantes, elementos do sistema judicial português com conhecimento sobre a MGF, mulheres submetidas à prática e familiares de mulheres com MGF/C. Para tal, foram construídos 5 guiões de entrevista, que correspondem aos indivíduos que acima identificamos. Os guiões de entrevista foram analisados, discutidos e desenvolvidos em reuniões com toda a equipa de investigação que, de acordo com as várias valências que possuem, foram adicionando informação e aperfeiçoando a sua construção para que chegassemos a um guião final estabilizado.

Todos os guiões de entrevista foram alvo de pré-teste para que fossem detectadas falhas na colocação das questões ou incorporação de novos elementos que, numa primeira fase, estivessem ausentes. A aplicação do pré-teste, permitiu chegar a uma estabilização dos respectivos guiões de entrevista em profundidade que foram efectuadas.

De salientar ainda que algumas das entrevistas realizadas, nomeadamente as aplicadas a mulheres vítimas da prática e seus familiares,

pautaram-se pelo constrangimento da língua: muitas das mulheres entrevistadas e familiares não dominavam a língua portuguesa, o que obrigou a que as entrevistas decorressem em crioulo. Para que este constrangimento fosse ultrapassado, a equipa de investigação contou com o apoio de alguns membros de uma associação imigrante que conduziram as entrevistas em crioulo e que, posteriormente, efectuaram a sua transcrição e tradução para o português. Assim, na sua maioria, as entrevistas, tanto às mulheres como aos homens, foram realizadas na sua língua materna pelo que houve um esforço acrescido da equipa de investigação em traduzir o guião das entrevistas juntamente com os elementos que iriam, posteriormente, proceder à sua realização.

A equipa de investigação realizou as entrevistas exploratórias aos actores sociais envolvidos na temática em análise, da seguinte forma:

- Uma entrevista a profissional de saúde e três a estudantes da Escola Superior de Enfermagem;
- Cinco entrevistas a técnicos/as responsáveis e/ou presidentes de associações de imigrantes;
- Quatro mulheres submetidas à prática;
- Duas entrevistas a familiares de mulheres submetidas à prática, tendo sido dada preferência à aplicação destas entrevistas a homens.

No que se refere às entrevistas exploratórias a associações (Musqueba (2), Solidariedade Imigrante (2) e Aguienso (1)), a informação prestada por esses/as informadores/as privilegiados/as teve como propósito fundamental compreender os contextos e dinâmicas socioculturais das comunidades migrantes a residir em Portugal oriundas de países onde a MGF/C é praticada.

Relativamente às entrevistas em profundidade aplicadas a pessoas relevantes para o estudo da temática, foram realizadas as seguintes:

- Sete entrevistas a profissionais de saúde;
- Duas entrevistas a técnicos/as responsáveis e/ou presidentes de associações de imigrantes;
- Uma entrevista a um elemento do sistema judicial português;
- Vinte mulheres das quais 10 mulheres submetidas à prática e 10 mulheres não submetidas à prática;

- Catorze entrevistas a homens oriundos de países onde a MGF/C é praticada.

De seguida procederemos à explicitação das dimensões de análise desenhadas para o estudo qualitativo das entrevistas em profundidade aplicadas e à respectiva análise.

## 5.2. O contexto sociocultural da prática da MGF/C a partir das mulheres

### 5.2.1. Identificação das dimensões da análise do conteúdo das entrevistas em profundidade aplicadas a mulheres de países onde a MGF/C é praticada

A realização das vinte entrevistas aplicadas a mulheres oriundas de países onde a MGF/C é praticada teve como base o guião de entrevista desenhado pela equipa de investigação. Todas as entrevistas são confidenciais e anónimas, facto que foi comunicado a todas as mulheres que aceitaram ser entrevistadas. Em nenhum momento deste relatório serão, portanto, usados nomes, mesmo quando recorrermos a alguns depoimentos por elas prestados<sup>15</sup>.

As entrevistadas têm entre os 21 e os 54 anos de idade, e todas têm nacionalidade ou naturalidade da Guiné-Bissau. A selecção da amostra das 20 mulheres a entrevistar prende-se com a opção metodológica da saturação da informação. Nesse sentido, quando as respostas dadas às perguntas, que compõem o guião de entrevista, começavam a relevar repetição de informação a amostra iniciava um processo de saturação, decorrente dessa repetição.

Quanto à questão da naturalidade ou nacionalidade das entrevistadas, e apesar das inúmeras tentativas da equipa de investigação no sentido de entrevistar mulheres residentes no território português e oriundas de outros países onde a MGF/C é prática (nomeadamente Senegal ou da Guiné-Conacri), tal não foi possível. Os esforços foram encetados junto de algumas associações que colaboraram com o projecto e que facilitaram o acesso a estas mulheres, nomeadamente a

<sup>15</sup> As secções das entrevistas transcritas serão identificadas com o número de ordem da entrevista e a idade da entrevistada. Ex: (EM1, 30 anos) corresponde à entrevista nº 1 feita a uma mulher com 30 anos.

Aguinense, a Musqueba e Associação de Estudantes da Guiné-Bissau em Lisboa que também tem relações de proximidade com estudantes de outros países africanos onde a MGF/C é praticada. Apesar das colaborações entre a equipa de investigação, estas associações e outros/as informadores/as privilegiados/as, foi-nos dito que a comunidade residente em Portugal que demonstra maior abertura para discutir o tema da MGF/C é, de facto, a guineense. Alguns/umas informadores/as privilegiados/as referiram, a respeito da maior disponibilidade das mulheres oriundas da Guiné-Bissau em falar sobre a MGF/C, que esta comunidade encontra-se mais adaptada e melhor organizada, no tecido social do país de acolhimento, no caso Portugal. Tendencialmente são também os/as imigrantes oriundo/as da Guiné-Bissau que recorrem mais às associações, que aceitaram colaborar de forma mais próxima com a equipa de investigação. Nesse sentido, foi junto das mulheres da Guiné-Bissau que foi possível realizar o trabalho de recolha empírica com base nas entrevistas em profundidade.

Outras tentativas de chegar a mulheres de outras nacionalidades ou nacionalidades foram também feitas nas Mesquitas de Odivelas e na Mesquita Central de Lisboa; sem sucesso, uma vez que foi dito à equipa de investigação que, tendencialmente, não são muitas as mulheres que frequentam estes dois locais.

Com a realização das entrevistas em profundidade, a equipa de investigação pretende acrescentar conhecimento através de uma análise sociocultural mais aprofundada sobre as causas, práticas, percepções, representações e consequências da MGF/C, através do discurso de diversos atores sociais envolvidos, particularmente das mulheres que foram vítimas da prática. Concomitantemente, era importante perceber, junto de mulheres que não tinham sido submetidas a qualquer tipo de corte ou mutilação, mas que são oriundas de países onde a MGF/C é praticada, as suas percepções sobre a prática. Paralelamente pretendemos com a recolha de informação empírica, através de entrevistas em profundidade, complementar alguns aspectos que a análise quantitativa das prevalências não permite conhecer em maior detalhe. Para tal, a equipa de investigação desenvolveu várias dimensões de análise que compõem a análise do conteúdo efectuada para este tipo de recolha de informação. A primeira dimensão da análise do conteúdo efectuada prende-se com as “Percepções e representações sobre a MGF/C”.

A segunda dimensão, “Representações sobre a manutenção da MGF/C”, visa questionar as mulheres sobre os motivos pelos quais a MGF/C continua a ser realizada. Com uma outra dimensão de análise, “MGF/C é praticada em Portugal”, pretende-se perceber o conhecimento das entrevistadas sobre se a comunidade à qual pertencem continua a praticar a MGF/C em Portugal.

A dimensão de análise “Conhecimento de campanhas sobre a MGF/C” foi incluída no guião de entrevista para permitir compreender o nível de eficácia que as campanhas de sensibilização de combate e erradicação da prática podem ter tido junto das populações imigrantes oriundas de países que praticam a MGF/C. Aliás, esta questão reveste-se de particular importância para a formulação de recomendações para a melhoria do desenho de futuras campanhas. Paralelamente, a dimensão de análise “Que tipo de campanhas tem conhecimento”, foi construída para identificar os locais e entidades que sejam mais identificadas e identificáveis pelas entrevistadas.

Uma outra dimensão de análise, “Impacto da emigração na diminuição da MGF/C nos países de origem”, tem como objectivo principal perceber se a prevalência estimada para a MGF/C em Portugal, poderá estar, ou não, sobrestimada. Esta informação, de carácter exclusivamente qualitativo, permitirá fornecer pistas para estudos futuros e qualificar aos dados da prevalência.

Foi também perguntado às mulheres se tinham sido submetidas à prática. Nesse sentido, as dimensões de análise “Submetida a algum tipo de MGF/C”, “Tipo de MGF/C”, “Idade quando foi submetida a MGF/C”, “País onde foi submetida a MGF/C”, “Quem fez o corte ou excisão e quem decidiu que fosse submetida à prática”, são dimensões que remetem para uma caracterização e contexto sociocultural da prática nefasta. As “Consequências para a saúde” das entrevistadas que tinham sido submetidas à MGF/C, foram igualmente exploradas.

A última dimensão tem como objectivo compreender se a realização da prática poderá estar a perder importância, junto das mulheres imigrantes oriundas dos países onde ela é realizada. Desta forma, as entrevistadas foram questionadas sobre se as suas filhas tinham sido submetidas à prática ou se, no futuro, planeavam submetê-las. Para as entrevistadas que ainda não tinham filhas, eram questionadas sobre as suas intenções de submeter as suas futuras filhas à prática.

Em seguida proceder-se-á à análise do conteúdo das entrevistas aprofundadas às mulheres tendo em vista as dimensões atrás referidas.

### 5.2.2. Percepções e representações sobre a MGF/C

Na sua grande maioria, as mulheres entrevistadas manifestam-se contra a realização da prática. Um dos motivos mais apontados por elas, quer tenham sido ou não a ela submetidas, são as consequências graves para a saúde das mulheres. Parece haver uma consciência partilhada dentro da comunidade oriunda da Guiné-Bissau de que a prática acarreta inúmeros problemas de saúde para as raparigas e mulheres e que essas consequências se podem estender ao longo da vida. Uma das entrevistadas que se pronuncia contra a MGF/C, conta-nos como é que graves problemas de saúde podem resultar da forma como o corte é feito:

*“Esta prática não é boa e independentemente dos traumas que possa causar nas raparigas também há outras consequências porque sabemos de que muitas vezes usa-se a mesma faca para circuncidar todas as raparigas mesmo quando são 20 ou mais e se houver uma criança com alguma doença infecciosa pode contaminar as outras; além do mais há outras complicações que possam surgir tal como complicação no parto em que muitas vezes elas morrem por causa das hemorragias. Por isso esta prática não é boa para as meninas e não aconselho ninguém a submeter a sua filha a esta prática”* (EM2, 44 anos)

O processo de MGF/C a que as meninas guineenses são submetidas, descrito por esta entrevistada, é semelhante ao que Martingo (2009) descreve no seu trabalho no contexto da Guiné-Bissau.

Um outro aspecto que várias das entrevistadas referiram para se manifestar contra a prática, remete para uma vivência saudável da sexualidade. O direito a uma vivência plena da sexualidade por parte das mulheres parece ser um aspecto particularmente presente nas opiniões proferidas pelas entrevistadas, elemento que poderá ser capitalizado nas campanhas contra a MGF/C.

*“Sou contra essa prática porque diminui o prazer sexual das mulheres e é por isso que quando dizem de que uma mulher que não for circuncidada*

*não é mulher completa nesse caso as que foram estão mais longe de serem consideradas uma mulher completa. Também ela viola a integridade física da mulher por isso sou contra a continuidade da prática porque ela não tem nada de benéfico e é por isso que não deixei que a minha sobrinha fosse circuncidada, falei com a mãe e ela concordou comigo” (EM1, 26 anos)*

As implicações desta prática abrangem um conjunto alargado de dimensões da vida das mulheres, nomeadamente ao nível da saúde sexual, dos direitos sexuais e reprodutivos e do direito à escolha.

Estas mulheres estão sujeitas a maiores riscos de saúde (após terem sobrevivido ao risco das condições de falta de higiene em que, grande parte das vezes, o corte é feito), nomeadamente durante os seus ciclos menstruais (dependendo do tipo de amputação) e ao nível dos partos. Neste último caso, as mulheres sujeita a MGF/C manifestam um índice de maior mortalidade quando comparadas com mulheres não sujeitas a esta prática.

Um corte deste tipo, que interfere na zona de maior sensibilidade e prazer sexual da mulher, condena-as a uma sexualidade ao serviço do outro, impossibilitando-as de usufruírem do ciclo completo de resposta sexual humana e do prazer que seria possível.

Amputadas de poderem usufruir de todas as potencialidades, a sua possibilidade de escolha é igualmente negada. Estas mulheres são obrigadas a crescer com uma alteração anatómica e fisiológica em relação ao corpo com que nascem, sendo condenadas ao cumprimento de um conjunto de regras sociais que lhes nega a sua individualidade mais elementar. Se a biologia não deve ser destino, o mesmo se poderá dizer do social. A identidade deverá ser uma escolha do sujeito e nunca uma fatalidade, porque assim se nasce, ou uma imposição, porque algum sistema da ordem social o decide.

Mesmo as mulheres entrevistadas que foram submetidas à prática revelam que são contra a sua perpetuação e realização. No entanto, a importância dada à prática pelas famílias de origem, parece ainda dificultar as mulheres que tomam posições assertivas contra a MGF/C. Uma das mulheres refere que este ainda é um assunto particularmente sensível junto da sua família e explica como a avó a pressionou para que continuasse a defender a prática:

*“Mas não é fácil falar disto dentro da família. Na família, dentro mesmo da família não. Porque eles não querem. Não querem falar do assunto, depois quando eles souberam que o assunto já está a ficar proibido e a minha avó não queria que eu participasse na luta contra isso. Ela dizia assim – tu não tens que participar na luta contra essa prática, porque tu és muçulmana, tu és da religião dessa prática. Eu já estou excisada mas não quero que isso aconteça com ninguém. Por isso tudo o que eu consigo fazer para isso não acontecer eu vou fazer”* (EM19, 21 anos)

Um outro aspecto que se salientou no conjunto destas entrevistas prende-se com o contexto sociocultural da prática. Foi repetidamente referido que as meninas e raparigas sujeitas à prática não estão conscientes do que implica o ritual mas que se submetem à decisão dos membros mais próximos das suas famílias pela importância da tradição no contexto das comunidades praticantes. Como refere Martingo, “A realização do corte dos genitais, enquanto rito de iniciação, integra o conjunto de crenças e saberes que são transmitidos de geração em geração, contribuindo assim, para uma preservação dos valores e tradições que são pertença de um grupo/comunidade” (2009: 134). A explicação de uma das entrevistadas reflete o peso da tradição e dos valores das comunidades:

*“A prática não é boa, e além do mais essas crianças não têm como rejeitar porque não sabem nada desta prática; os mais velhos pegam nelas e mandam excisar e mesmo quando elas se oferecem fazem isso sem noção nenhuma mas sim porque alguém lhes disse de que é bom que faz parte da nossa tradição e que é quem nós somos!”* (EM9, 32 anos)

Uma outra entrevistada reforça o mesmo aspecto:

*“E essas crianças são submetidas à prática não pela vontade própria mas sim sob a influência dos pais e das avós ou por obrigação dos mesmos porque os muçulmanos consideram que uma mulher tem de ser submetida a prática para não ser considerada impura mas no entanto elas nem sabem das consequências”* (EM5, 26 anos)

Os relatos supracitados vão ao encontro do que alguns autores apontam, nomeadamente sobre as pressões familiares para a perpetuação da



MGF/C. Apesar da consciência que muitas mulheres já têm que esta é, de facto, uma prática nefasta, o ritual, ainda envolto de uma lógica de costumes e tradições colectivas, onde a MGF/C permite a iniciação e inserção das meninas na lógica simbólica comunitária e do género feminino, encontra ainda formas de prevalecer. Se, por um lado, “face à magnitude e enraizamento desta prática, ainda se está longe do seu fim” (Martingo, 2009: 205), por outro, estas entrevistas deixam antever que podemos estar perante uma crescente consciencialização das mulheres oriundas da Guiné-Bissau, de que a MGF/C deve ser eliminada. Assim escreve Martingo, “Se transpusermos esta reflexão para a situação vivida na Guiné dita «ruralizada», muito embora o peso da tradição seja incontornável, a escolarização dos jovens, fruto do alargamento da rede escolar inevitavelmente trará mudanças” (2009: 204).

### 5.2.3. Representações sobre a manutenção da MGF/C

Para a maioria das entrevistadas, a tradição religiosa continua a ser o principal factor instigador da realização da MGF/C. Apesar de, como já referido anteriormente, não existirem evidências, nomeadamente no Alcorão, que permitam afirmar que existe uma articulação entre a prática em análise e a religião Islâmica, ela parece estar ainda presente nas comunidades de países onde é praticada. A sua perpetuação continua a assentar nos pressupostos religiosos: “A religião pode ser um instrumento muito poderoso, tanto no sentido da manutenção de uma prática (ao tentar fazer crer que é uma obrigação de fé, poderá chegar o dia em que já ninguém duvide que assim seja), como no sentido de uma mudança. Resta saber usá-la e, até agora, pelo que pude observar, o primeiro campo leva uma vantagem clara sobre o segundo” (Branco, 2006: 67).

O discurso seguinte permite perceber como a pressão social exercida pelos membros mais velhos das comunidades praticantes é importante para a manutenção da prática. Esta entrevistada não só não condena a mutilação, como refere como ela é importante uma vez que se deve obedecer ao conhecimento transmitido pelos mais velhos. Ao mesmo tempo, a ideia de que está inscrita no Alcorão permite reforçar a sua importância enquanto ritual que corresponde a uma tradição religiosa:

*“É uma prática ancestral e depois dizem de que esta prática está autorizada no Alcorão. E se os mais velhos acham que esta prática deve continuar nós temos que obedecer, apesar de que agora estão a dizer para acabar com a prática porque ela provoca muitos problemas de saúde nas meninas por causa das infecções transmissíveis mas acho que a prática não tem nada de mal”* (EM12, 54 anos)

Tirando partido de um conhecimento pouco profundo do Alcorão, a MGF/C continua a encontrar na religião um dos seus maiores aliados na sua perpetuação, tal como refere Nóbrega (2003), citado por Martingo, “Não é errado dizer-se que o islamizado, [...] observa uma vida religiosa pautada por um conhecimento superficial da sua religião e tem como importante a afirmação pública da sua crença, a execução dos ritos e orações fundamentais e a observação mais ou menos escrupulosa das suas prescrições” (2009: 78).

Mas as entrevistadas mais jovens (entre os 21 e os 35 anos) desvinculam a prática nefasta da religião, como se percebe na seguinte declaração:

*“A excisão continua a existir por causa de algumas pessoas que continuam a pensar que as mulheres têm que ser excisadas e que isso está escrito no Alcorão, mas nada justifica esta prática, aliás não há nada escrito em nenhuma parte do Alcorão que diz de que as mulheres têm que ser circuncidadas”* (EM15, 28 anos)

Tal como algumas autoras defendem (Branco, 2006; Martingo, 2009), parece ser fundamental que os líderes religiosos se pronunciem claramente sobre esta questão. O discurso de algumas entrevistadas permite compreender como os membros das comunidades praticantes continuam a defender que a MGF/C integra os costumes e tradições religiosas e identitárias islâmicas e como esse aspecto não tem sido claramente negado pelos principais líderes religiosos, carecendo portanto de uma maior afirmação pública da sua parte, quer em Portugal, quer na Guiné-Bissau:

*“Os Imãs continuam sem dizer nada às pessoas de concreto... noto que quer em Portugal quer na Guiné. Em Portugal não dá muito jeito falar porque podem com isso afastar os crentes das mesquitas, como é um assunto sensível e no qual muitos acreditam e de onde eu venho [Guiné-Bissau] porque*

*vai dando dinheiro a muita gente e é a forma dos líderes continuarem a ser importantes nas comunidades” (EM20, 24 anos)*

Porque nos parece ser um aspecto central no combate e erradicação da MGF/C, ele será retomado quando procedermos à enunciação das recomendações.

#### 5.2.4. A prática da MGF/C em Portugal

Pretendemos com esta análise perceber se a MGF/C perceber se a MGF/C acompanha as comunidades migrantes nos seus países de destino, neste caso em Portugal. Nesse sentido, percebemos que esta questão era particularmente sensível e que as entrevistadas tinham alguma reticência em responder. A consciência de que a lei portuguesa, bem como a da Guiné-Bissau, pune criminalmente quem a pratica, dificultou a obtenção de resposta a esta questão. Nesse sentido, enquanto 8 das entrevistadas respondiam apenas “Acho que não”, “Não ouvi nada”, as restantes referiam que nalgumas conversas com outros membros da comunidade guineense já tinham ouvido algumas histórias de excisões em Portugal. No entanto, são apenas relatos e percepções das entrevistadas, não sendo possível para a equipa de investigação perceber com clareza se, de facto, a MGF/C é ou não praticada no território português.

Uma das entrevistadas revela que já ouviu falar de um caso de MGF/C em Portugal; ao mesmo tempo, diz como é difícil que os membros da sua comunidade falem sobre esse aspecto:

*“Já ouvi da boca de uma menina que me disse expressamente que tinha sido mutilada cá. Mas fora essa menina sei que acontece cá, mas não conheço muitas pessoas que estejam dispostas a dar a cara e a dizer que acontece cá” (EM17, 26 anos)*

Como já foi referido, o conhecimento da criminalização da MGF/C em Portugal, faz com que as respostas a este tipo de perguntas sejam evitadas ou contornadas. No entanto, em algumas das entrevistas, a existência da prática na clandestinidade surge:

*“Bom, isto é uma questão que é um bocado complicada, mas a meu ver eu acho que sim. Mas de uma forma muito, se calhar, clandestina”* (EM18, 29 anos)

Noutras entrevistas foi ainda referido que alguns membros da comunidade guineense em Portugal não fazem o corte ou excisão às raparigas e meninas em Portugal, mas que as levam de volta aos seus países de origem para que sejam submetidas à prática:

*“O que eu oiço são mais casos que não cometem o acto aqui, levam as crianças de férias, cometem lá o acto e voltam para Portugal. Mas, por exemplo, eu vi uma reportagem, na TVI! Que a repórter, ela foi até ao Rossio, onde tem lá as pessoas, atrás de pessoas que fazem a mutilação genital feminina, e indicavam sempre até que ela chegou à [local retirado] e lá faziam”* (EM18, 29 anos)

Esta parece ser uma questão controversa, como o mostram as respostas evasivas das entrevistadas. Apesar de ser importante para a equipa de investigação conhecer a percepção das entrevistadas sobre se a prática é realizada ou não em Portugal, questões inerentes à ética de investigação levam-nos a considerar que esta questão é fundamentalmente da responsabilidade das esferas jurídica e penal. Seguimos Martingo quando refere que este debate terá sempre duas dimensões que dificilmente poderão ser conciliáveis: “se por um lado as autoridades dos países de destino procuram, através de legislação, evitar ou controlar esta prática; por outro, as comunidades sentem-se ameaçadas e rotuladas de criminosas. Esta situação em nada favorecerá a sua integração nas sociedades de acolhimento e poderão, em casos extremos, originar situações racistas e xenófobas” (2009: 206).

#### 5.2.5. As campanhas sobre a MGF/C

No que se refere ao conhecimento que as entrevistadas têm sobre as campanhas efetuadas em Portugal no sentido da sensibilização para a erradicação da MGF/C, algumas referiram ter tido contacto com o tema através daquele tipo de acções, sobretudo através das associações que têm tido um papel particularmente activo no seu combate. Contudo, parece ainda existir um desconhecimento generalizado sobre elas, como refere uma entrevistada:

*“Não sei de nenhuma campanha contra excisão feminina e há pouco tempo falei com um grupo de mulheres de Apelação e perguntei se elas já tinham ouvido falar nalguma campanha contra a excisão feminina e elas me disseram de que não tinham ouvido falar em nenhuma campanha e eu também não, e se existir desconheço, mas já participei numa formação através do Movimento Musqueba em que um dos temas abordados era a excisão feminina em que depois da formação tínhamos que desenvolver um trabalho de sensibilização após a formação só que o meu grupo não chegou a desenvolver o trabalho de sensibilização” (EM2, 44 anos)*

Numa sociedade muito mediatizada, a sensibilização para o combate à MGF/C parece relativamente eficaz através das reportagens televisivas, nomeadamente no canal RTP África. Contudo, também as campanhas contra a MGF/C nos hospitais e centros de saúde captam a atenção de algumas das entrevistadas. Apesar disso, o nível de atenção em relação a elas não parece ser o suficiente para que possam ter um impacto eficaz na inibição imediata da prática, tal como reflecte a declaração de uma das entrevistadas:

*“Por acaso vi um cartaz no centro de saúde do Santo António dos Cavaleiros em que estavam escritas algumas palavras viradas para a erradicação da excisão feminina mas não prestei muita atenção” (EM13, 32 anos)*

Esta questão será novamente retomada nas recomendações para a eliminação da MGF/C, que faremos no final do relatório.

### 5.2.6. Emigração e prática da MGF/C

No que se refere ao impacto da imigração na diminuição desta prática nefasta, as opiniões parecem pautar-se por alguma ambivalência. Apesar de algumas mulheres concordarem que a imigração reduz a sua perpetuação, pelo menos nos países de destino, outras referem que as comunidades migrantes continuam a conservar laços com as tradições e valores dos países de origem, sendo a MGF/C um deles.

*“A maioria das vezes pode ser uma barreira. Porque as pessoas chegam aqui vão para escolas, conviver com outras culturas, conviver com outros ensina-*

*mentos e por exemplo quando está no básico, vai aprender como é o corpo, e de que elementos são feitos o corpo. Acho que temos a informação para ir contra essa prática, temos toda a informação aqui, que na Guiné-Bissau nós não teríamos e estaríamos mais fechados para aquela prática. Por isso eu acho que pode causar uma barreira. Claro que também tem o verso da moeda, muitos dizem que estão longe da tradição e para não se afastarem mais vão continuar a praticar, mas isso se calhar são os mais velhos que vêm para aqui vêm trabalhar e não vêm estudar por isso não adquirem aquela informação, aquele conhecimento, mas eu acho que os seus filhos vão adquirir de certeza aquele conhecimento” (EM18, 29 anos)*

Neste trecho de entrevista, volta a estar presente a importância da escolarização, que é mais baixa nas pessoas migrantes mais velhas mas que pode ter consequências positivas nas gerações mais jovens oriundas de países que praticam MGF/C. Nesse sentido, a emigração, paralelamente com a escolarização dos mais jovens, parece poder ser um factor importante no aumento da reflexividade crítica, na desconstrução simbólica e na desmitificação da prática.

Esta conclusão é corroborada com a análise dos dados do inquérito, apresentados anteriormente, ao observarmos que as mulheres mais novas têm uma menor probabilidade de serem sujeitas à prática da MGF/C do que as mais velhas. Igualmente consideram que a sua prática favorece mais os homens que as mulheres.

De facto, no caso dos /as migrantes vindos da Guiné-Bissau, algumas opiniões vão no sentido da realização da prática ter diminuído, quando comparados com imigrantes de outros países, facto que pode ser justificado pela maior proximidade sócio-histórica entre Portugal e a Guiné-Bissau:

*“No caso da Guiné-Bissau a imigração ajudou muito. A que essa prática diminuiu. Porque as pessoas que já nasceram na Guiné... por exemplo, as crianças nasceram aqui e vão para a Guiné já com idade maior que não permite que se fizesse isso nelas. Mas na Guiné Conacri já ouvi, mas não tenho a certeza, há meninas que nasceram na França mas depois foram para lá fazer isso e não sei aquilo para o meu ponto de vista, não está muito bem encaixado com a emigração. Porque eles emigraram e voltaram para fazer isso é porque a prática ainda continua” (EM19, 21 anos)*

A integração das comunidades migrantes nos países de destino é um aspecto fundamental para a erradicação da MGF/C. O contacto com a cultura dos países de destino, no caso de Portugal, parece contribuir, na opinião de algumas entrevistadas, para a diminuição da (re) produção de determinados rituais como o que aqui nos ocupa:

*“Sim, tenho plena certeza de que a emigração contribui muito na tomada de consciência para o abandono desta prática, sobretudo para as pessoas que se encontram bem integradas nesta sociedade” (EM9, 32 anos)*

### 5.2.7. A prática da MGF/C e os seus tipos

Como referido no início desta análise, 10 das entrevistadas foram submetidas à prática. De entre essas, a idade a que foram submetidas à MGF/C nem sempre é precisa. Quando foi possível determinar uma idade ao corte, ela circunscreve-se ao intervalo de idades entre os 3 e os 8 anos. De entre as entrevistadas que conseguem identificar<sup>16</sup> o tipo de mutilação de que foram vítimas, o tipo I e II foram os mais referidos. Todas as mulheres mutiladas foram-no no seu país de origem, no caso, na Guiné-Bissau.

Uma das mulheres submetida à prática conta a sua história através de uma descrição bastante pormenorizada das circunstâncias do ritual que importa conhecer. Uma vez que a maioria das entrevistadas refere que era nova de mais para se lembrar de como ocorreu a MGF/C, este testemunho é de grande importância informativa:

*“Sim, fui excisada. Lembro-me de que a minha avó materna foi a casa dos meus pais me buscar de manhã cedinho sem avisar os meus pais e me levou para a casa dela para ser circuncidada; quando cheguei a casa dela vi outras raparigas, algumas estavam a chorar e fiquei logo com medo e comecei a chorar também quis fugir mas já era sem tempo, no entanto quando a minha mãe acordou não me viu ela perguntou por mim e foi aí que lhe disseram de que a minha avó me levou para a casa dela, assim a minha mãe foi para lá como a casa é perto. Quando ela chegou viu que estavam muitas meninas na*

<sup>16</sup> A maioria das entrevistadas não consegue identificar o tipo de mutilação. A idade e o desconhecimento sobre os meandros da prática e do ritual, parecem justificar a ausência de conhecimentos sobre este aspecto.

*casa da mãe e foi aí que ela se apercebeu de que a minha avó me submeteu a excisão. Então, ela foi avisar o meu pai e ele ficou muito furioso inclusive ralhou com a minha avó por ela não o ter avisado. Contaram-me de que nesse dia chorei desde 8:00 horas de manhã até as 20 horas sem comer nem beber, tudo que me davam para comer atirava para o chão” (EM3, 47 anos)*

#### 5.2.8. A prática da MGF/C e os/as intervenientes directos/as

A dimensão de análise “Quem fez o corte ou excisão e quem decidiu que fosse submetida à prática”, distingue quem aplica o corte de quem condiciona a decisão de que as meninas ou raparigas sejam submetidas. As entrevistas aplicadas às mulheres que foram submetidas à prática apontam no sentido das mais velhas serem as pessoas que mais insistem na sua realização, sobretudo as avós. Em muitos dos casos, como no depoimento anterior, as avós submetem as suas netas ao ritual sem conhecimento dos pais. A entrevista seguinte é disso reveladora:

*“Sim, fui excisada mas eu não sabia de nada que isso aconteceu mas ... e a minha mãe também não ... ela não é fã dessa prática mas a minha avó que fez isso para mim e a minha mãe não estava, ela estava a viajar. A tradição é assim. Quando a mãe não está não há ninguém para proteger. Acho que a tradição é mesmo assim” (EM7, 25 anos)*

De entre as entrevistadas sujeitas à prática, a MGF/C foi feita por uma fanateca; mas as avós, as tias, as mães e até as irmãs mais velhas parecem ser as que mais insistem para que as meninas e raparigas sejam submetidas. Esta proeminência das mulheres na insistência para a prática deve ser analisada à luz de um contexto sociocultural e de assimetrias de género muito particular, tal como refere Branco, “é preciso não esquecer que estas mulheres estão inseridas num determinado contexto social, dominado por homens onde a opinião delas vale menos que nada” (2006: 52). A circunstância destas mulheres não é muito diferente das de outras em sociedades ocidentais erigidas em modelos patriarcais, onde o desejo e vontade dos homens se sobrepõem aos direitos mais básicos de cidadania das mulheres. Nestas sociedades, marcadamente patriarcais, “As mulheres são confrontadas com modelos de masculino e feminino nos quais se promove a mulher a guardiã e promotora do bem-estar do



espaço casa-família. Por isso se perpetua a importância da manutenção dos papéis de gênero, das pressões familiares baseadas em modelos assimétricos do que significa ser homem e mulher” (Cerejo, 2014: 289).

Mesmo entre as mulheres que submetem as suas descendentes, meninas ou raparigas, à prática, há uma certa naturalização do que acontece, porque também lhes aconteceu a elas, como explica uma das mulheres entrevistadas:

*“Sim, sim entre mulheres elas falam disso. E depois a minha avó queria fazer isso nas pequeninas ... nas minhas priminhas assim [faz gesto de tamanho pequeno] ... e eu não deixava. Pois eu lutava contra isso. Não deixava que isso acontecesse de novo. E eu perguntava mas porque é que fazes isso? Porque é que vocês fazem isso? Têm uma explicação? Têm uma lógica para isso? E ela não sabia explicar. Ela só sabe dizer que é da religião e que também lhe fizeram a ela por isso é lógico que ela faça às suas raparigas. Ela só sabia dizer isso. E eu não concordava” (EM4, 49 anos)*

### 5.2.9. A prática da MGF/C e a saúde

Apesar de algumas das entrevistadas terem sido sujeitas à MGF/C muito novas, a dimensão de análise “Consequências para a saúde” revela que o corte teve sérias repercussões na sua saúde. Na maioria dos casos em que houve complicações após o corte, as entrevistadas não recorreram a nenhum hospital mas sim a métodos de cura tradicionais aplicados pelas fanatecas. Como resultado da ausência de cuidados médicos apropriados, muitas das mulheres permanecem com problemas de saúde até hoje:

*“Passei muito mal quando fui excisada, tive hemorragia desde manhã até às 21 horas; a fanateca ficou com muito medo e preparou um remédio tradicional que me deram para beber mas não aceitei beber nada, tentaram-me obrigar mas resisti porque queria que eu bebesse a água que usaram para lavar a faca que foi usada para nos circuncidar mas como vi que a água estava suja de sangue não bebi. Actualmente tenho problemas de anemia e acho de que pode ser a consequência da excisão por causa da hemorragia que tive, até porque já fiz vários exames médicos aqui em Portugal para verificar a causa da anemia mas não conseguem descobrir e das vezes que o médico me perguntou se sabia de algo que me poderia causar esse problema pensava*

*logo naquela hemorragia que tive no dia que fui excisada só que não cheguei a contá-lo” (EM3, 47 anos)*

O seguinte depoimento é igualmente significativo, quanto à tentativa de resolver os problemas de saúde com métodos tradicionais, das fanatecas:

*“Além da hemorragia que tive no dia que fui excisada apanhei infecção mas comecei a sentir os sintomas um dia antes de sermos liberadas para voltar para casa; estava a sentir muita comichão e informei a minha irmã e ela me fez o tratamento em casa como já tínhamos sido liberadas para voltar para casa, e tive sorte por ela conhecer ervas boas e foi com essas ervas que ela me tratou até ficar boa, caso contrário poderia ter problemas graves de saúde” (EM1, 54 anos)*

#### 5.2.10. A reprodução da prática da MGF/C no futuro

Por último, tentámos perceber se as entrevistadas que tinham filhas já as tinham submetido ao corte. Três delas referiram que algumas das filhas tinham sido submetidas à prática. No entanto, todas referem que não o voltariam a fazer caso viessem a ter mais filhas. Uma das entrevistadas conta que já não quis que a sua filha mais nova fosse submetida à MGF/C:

*“Tenho 5 filhas e 4 delas foram submetidas a excisão e não deixei que submetessem a mais nova. Quando viajava com ela para Canchungo dizia para eles de que ela foi circuncidada em Bafatá e quando íamos para Bafatá dizia de que ela já tinha sido excisada em Canchungo e foi assim que ela escapou” (EM16, 38 anos)*

A mesma descreve que foi após ver uma das suas filhas em risco de vida que percebeu o quanto o corte era nocivo para a saúde das mulheres. Este trecho de entrevista é também ilustrativo de como algumas meninas são excisadas sem o conhecimento das mães:

*“A minha filha mais velha foi circuncidada com 7 anos de idade sem o meu conhecimento e do meu marido quando foi passar férias com a avó paterna em Bafatá. Ela também teve hemorragia e passou pior que eu, ela não dormiu*

*a noite toda por causa da hemorragia. Perdeu muito sangue e a fanateca ficou com medo, e eu pedia que deixassem que ela seja levada ao médico mas não me deram ouvidos e quando viram de que ela não estava a melhorar começaram a ficar preocupadas e a fanateca pegou na faca usada para circuncidar as meninas cheio de sangue, lavou-a e depois deram essa água a minha filha para beber a fim de parar a hemorragia e depois prepararam o fígado de vaca e fel cozinhando-os de uma forma meia cozida e deram à miúda para comer e depois a hemorragia parou, contudo não sei se foi o preparado que ela comeu é que parou a hemorragia ou não. Ela também tem o problema de anemia como eu. (...) Mas a terceira passou pior do que eu e a minha primeira filha; quase que ia morrer porque a fanateca cortou a veia dela. Eu tinha ido ao mercado fazer compras e na volta vi um grupo de mulheres a dançarem vindo ao meu encontro e quando perguntei o que é que se estava a passar disseram-me de que as minhas filhas foram circuncidadas. (...) de repente vi o sangue a escorrer do quarto para fora pensei logo de que a minha filha deveria estar numa poça de sangue; entretanto comecei a gritar e a pedir socorro não me deram ouvidos (...). Já quase no fim levaram-na para o hospital e costuraram a veia e ela ficou internada durante 3 dias, levou muitas garrafas de soro” (EM16, 38 anos)*

### 5.3. A MGF/C vista a partir dos homens

#### 5.3.1. Identificação das dimensões da análise do conteúdo das entrevistas em profundidade aplicadas a homens de países onde a MGF/C é praticada

Foram entrevistados 14 homens com idades compreendidas entre os 23 e os 65 anos. Apenas um homem com nacionalidade senegalesa aceitou conceder uma entrevista. As restantes foram aplicadas a homens com naturalidade ou nacionalidade da Guiné-Bissau.

À semelhança das entrevistas aplicadas a mulheres, também aqui todas as entrevistas são confidenciais e anónimas, facto que foi comunicado a todos os homens que aceitaram ser entrevistados para este projecto. Em nenhum momento serão, portanto, usados nomes, mesmo quando recorrermos a alguns depoimentos por eles prestados<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> As secções das entrevistas transcritas neste relatório serão identificadas com o número de ordem da entrevista e a idade do entrevistado. Ex: (EH1, 30 anos) corresponde à entrevista nº 1 feita a um homem com 30 anos.

Algumas das dimensões de análise do conteúdo definidas para as entrevistas realizadas a homens oriundos de países onde a MGF/C é praticada são idênticas às das realizadas às mulheres. No entanto, e em virtude das diferenças nos respectivos guiões de entrevista, algumas questões foram retiradas e outras acrescentadas. Desta forma, explicitaremos apenas aquelas que não constam da análise do conteúdo realizada às entrevistas das mulheres.

A dimensão de análise “Familiar com MGF/C” pretende apurar se estes entrevistados têm na sua família alguma menina, rapariga ou mulher que tenha sido submetida à prática. À semelhança do que tentámos apurar na análise qualitativa das entrevistas aplicadas a mulheres, também quisemos saber se as familiares destes homens teriam tido consequências ao nível da saúde. No caso dos entrevistados com filhas, quisemos saber se as mesmas tinham sido sujeitas à prática. Para os entrevistados que não tinham filhas, explorámos a possibilidade de planearem submetê-las no futuro (“Filhas sujeitas à prática ou planeia submetê-las”). A mesma lógica foi seguida para a dimensão de análise “Mulher/esposa submetida à prática” e para a dimensão de análise “Futura mulher gostaria que tenha sido submetida à prática”. Com estas dimensões de análise, a equipa de investigação pretendia apurar se os homens entrevistados valorizam a submissão à prática da MGF/C nas suas actuais ou futuras mulheres<sup>18</sup>. Este aspecto é particularmente importante para a desconstrução do papel dos homens da perpetuação e reprodução da MGF/C. Em seguida, iniciaremos a análise do conteúdo das catorze entrevistas a homens.

### 5.3.2. Percepções e representações sobre a MGF/C

A maioria dos entrevistados diz concordar que a MGF/C é prejudicial à saúde das mulheres e que deve ser prevenida, ainda que seja pouco claro o nível de informação que têm sobre este aspecto. O impacto na

---

18 Na dimensão de análise “Familiar com MGF/C” poderá parecer redundante a introdução das dimensões de análise relativas às filhas e às esposas. No entanto, as entrevistas exploratórias e o pré-teste alertaram a equipa de investigação para que os entrevistados não identificavam na pergunta “Tem alguma familiar que tenha sido submetida à prática da MGF/C?” as suas filhas ou mulheres. Apenas, com o decorrer da entrevista faziam referência a elas. Assim, foi necessário autonomizar as questões relativas às filhas e/ou mulher para que esta informação não fosse perdida.

vida sexual e reprodutiva das mulheres foi também um aspecto bastante referido, como ilustra o seguinte depoimento, ainda que a este nível seja de salientar o facto do entrevistado ser jovem:

*“A mutilação genital feminina não é boa prática tanto para as raparigas como para as mulheres e prejudica muito a saúde da mulher e ela corre sérios riscos de ser contaminada com alguma doença. Ela fica muito exposta a infecções pela falta de acompanhamento médico no tratamento das lesões, usa-se simplesmente as folhas que vão buscar nas matas para tratar as lesões das raparigas. E também limita a vida sexual dela”* (EH6, 32 anos)

Contudo, alguns entrevistados, apesar de não concordarem com a prática, revelam alguma ambivalência nos seus discursos nomeadamente no que se refere à importância do ritual de integração e de passagem para a idade adulta. O que mais se salienta nesses discursos é a importância que estes entrevistados da Guiné-Bissau dão ao *fanadu* enquanto ritual que transmite os ensinamentos e/ou requisitos, culturalmente entendidos como necessários à mulher (no cuidado da família e do lar):

*“A prática é má, mas dentro da prática há coisas que podem ser aproveitadas, uma vez que é uma fase em que segundo a tradição muçulmana as pessoas ficam prontas para o casamento. O corte em si que toda a gente repudia mesmo, o corte deve ser extinto mas há outras coisas dentro da tradição que devem ser conservadas para fazer valer aquela tradição, porque a tradição toda não é má, há coisas que têm que extrair para se ensinar as coisas devidamente, que é para ensinar a respeitar o casamento, para que serve o casamento e como deve ser constituída uma família em si, porque isto é sobretudo o fanado feminino, não é só o corte. Mas é sobretudo a forma de ensinar a mulher a ser dona de casa e ser responsável no seu casamento”* (EH10, 51 anos)

A relação da MGF/C com a religião muçulmana foi também discutida. Cinco em catorze dos entrevistados relacionam o corte com mandamentos/preceitos religiosos da cultura islâmica. Percebe-se, aliás, que estamos em presença de entrevistados que defendem que se a MGF/C é um preceito religioso, ela deve continuar:

*“Se tiver fundamentos religiosos, acredito que seja boa, mas se for meramente cultural, admito que seja má”* (EH7, 59 anos)

*“A minha opinião é de que se for por motivos meramente culturais, deve acabar, mas se tem uma base religiosa ela terá motivos para continuar”* (EH7, 59 anos)

Um dos entrevistados revela alguma desconfiança quanto às consequências nefastas que a prática possa causar às mulheres:

*“Acho que é um acto pela religião islâmica... Não sei se causa mal a alguém, mas acho que não faz mal. Embora dizem que causa mal à mulher, mas não confio totalmente neste argumento”* (EH1, 65 anos)

Ao mesmo tempo que a maioria dos homens se expressam contra a MGF/C, são reconhecidos aspectos positivos, nomeadamente ao nível dos ensinamentos que são transmitidos às raparigas quanto ao seu tradicional desempenho do papel social de esposa e mãe, amplamente valorizados nestas comunidades. A este propósito, Cunha escreve que estas representações masculinas marcam a “diferenciação sexual em si, mas também se inscrevem nela a diferença de papéis de género dispostos numa relação de autoridade e dominação” (2013: 842).

Verificamos que muito do trabalho de sensibilização junto dos homens sobre a MGF/C está por ser feito; ainda que eles próprios pretendam ser entendidos como atores sociais sem interferência nesta questão, atribuindo às mulheres o “ónus” da responsabilidade nesta matéria, a verdade é que eles não podem ser excluídos do condicionamento da sua acção. Este aspecto será novamente abordado na elaboração de recomendações.

### 5.3.3. A manutenção da MGF/C

São três os motivos que os homens entrevistados mais referem para a perpetuação da prática da MGF/C: económicos, religiosos e culturais. Nalguns casos, os entrevistados relacionam o aproveitamento económico das fanatecas (no caso da Guiné-Bissau) e a instrumentalização da religião muçulmana, o que contribui de forma eficaz para a sua manutenção:

*“Continua-se a fazer por razões económicas, pobreza e as pessoas fizeram da prática uma tradição usando a religião como forma de legitimar a prática, só que ela não tem nada a ver com a religião e também nada está escrito no Alcorão que autoriza a excisão feminina. Fizeram dela um negócio e um meio de ganhar algum dinheiro e fizeram da prática um motivo de grande celebração em que se realizam grandes festas que junta os familiares, os amigos e os vizinhos e isso é a razão que faz com que as pessoas continuem a apoiar a excisão feminina e como de concordarem que as suas filhas ou sobrinhas sejam excisadas” (EH8, 27 anos)*

A transmissão intergeracional dos valores culturais relacionados com a MGF/C, sobretudo das pessoas mais velhas para as mais jovens, parece ainda ser uma dos motivos que mais tem contribuído para a sua perpetuação. No entanto, e sobretudo os entrevistados mais jovens revelam que a sua geração começa já a questionar a realização da prática. Ainda assim, a imposição de valores tradicionais pelos anciãos aos mais jovens parece singrar: seguir, obedecer às pessoas mais velhas, sem questionar, é um valor entendido como positivo e de respeito, seja pelos anciãos aos homens mais jovens, seja pelas anciãs às mulheres mais jovens.

*“Acho que é porque faz parte de usos tradicionais dos nossos antepassados. Nasci e vi esta prática. Acho que é pela influência de pessoas mais velhas. Entre os jovens é difícil ver alguém que defenda esta prática. Ela só continua a existir porque os mais velhos obrigam os mais novos a praticá-la” (EH7, 59 anos)*

Um outro entrevistado faz uma análise semelhante:

*“Continua a existir porque é como eu já disse. É uma questão cultural e o povo guineense é um povo que se sustenta muito através das suas culturas, das actividades culturais que têm, e a mutilação genital feminina já é uma prática, diria mesmo, as pessoas associam a etnia a festas, a aceitação mesmo dentro da comunidade acaba por passar por mutilação genital feminina. É uma fase que uma criança, nesse caso de sexo feminino, nasce e já sabe que para ser aceite na sociedade ou no grupo em que está inserida, tem que passar por mutilação genital feminina para depois seguir outra fase, com o casamento e outras coisas” (EH5, 23 anos)*

Quando comparadas as representações das mulheres e dos homens entrevistadas/os sobre os motivos para a manutenção da MGF/C, elas parecem coincidir. A relação com a religião islâmica, amplamente debatida, desconstruída e desmitificada, as dinâmicas sociais e culturais que pressionam as famílias a submeter as suas descendentes à prática com o propósito de salvaguardar e proteger a “honra familiar” e o aproveitamento financeiro das fanatecas (no caso da Guiné-Bissau) são, para homens e mulheres, as causas mais apontadas para a perpetuação da prática. Não será alheio a este facto que o ambiente de festa e confraternização seja também uma oportunidade de dádiva colectiva de propósitos identitários e de coesão de grupo, bem como de reforço ao acesso a bens alimentares e refeições, o que é significativo em comunidades que vivenciam situações de alguma pobreza e isolamento.

#### 5.3.4. A prática da MGF/C em Portugal

Um dado que ressalta da análise desta dimensão é a maior abertura (certeza, assertividade na afirmação, sabem e conhecem) que os homens revelam em falar sobre se a MGF/C é praticada em Portugal, quando comparados com as mulheres.

Como hipótese, pensamos que o facto de os homens se tentarem desvincular destas questões, referindo-se a elas como “assuntos das mulheres”, poderá facilitar a expressão das suas opiniões sobre este tema. Na maioria das entrevistas, os homens referem que sabem, ou já ouviram falar (o que também revela confiança na informação e respectivas fontes), de casos da prática em território nacional.

Contudo, o mais referido são as idas das meninas e raparigas para os países da sua nacionalidade ou naturalidade ou dos seus pais e/ou mães:

*“Sim, a minha comunidade residente em Portugal continua com a prática mas como a prática é proibida agora em Portugal alguns pais mandam as filhas para a Guiné-Bissau para serem excisadas. Mas é o Governo da Guiné-Bissau que tem de tomar medidas para essas pessoas e acabar com isso”*  
(EH2, 37 anos)

Noutras entrevistas, alguns homens indicam que lhes são contados vários casos da prática em Portugal, ainda que não os tenham presenciado:



*“Nunca vi nenhum caso específico, mas ouvi dizer de que algumas pessoas da minha comunidade continuam a fazer a prática em Portugal e acredito que sim porque já ouvi várias pessoas a fazerem esse comentário. E mencionam sempre as zonas do [local retirado], [local retirado], e [local retirado] e acho de que é verdade porque se não fosse verdade as pessoas não estariam a fazer comentários sobre isso” (EH2, 37 anos)*

Só um dos entrevistados conta que teve conhecimento de um caso específico, através de um convite que lhe foi endereçado para participar numa festa onde uma menina iria ser excisada:

*“Há quatro anos atrás uns amigos meus convidaram-me para ir uma festa que foi organizada pela família de uma menina de 8 anos que tinha sido excisada, não conheço a menina e nem a sua família e também não sei como as coisas correram com ela” (EH4, 51 anos)*

A ida das raparigas e meninas aos países de origem, delas ou das famílias, no período das férias da Páscoa é uma informação que tinha já sido avançada por alguns /umas informadores /as privilegiados /as que colaboraram neste estudo. Um dos entrevistados confirma essa situação:

*“Não tenho conhecimento de casos directos assim na primeira pessoa, mas já me falaram que houve casos que aconteceram aqui. E quando são proibidos tentam realizar o fanado no país de origem. Transferem a criança para o país no período das férias da Páscoa e lá realizam a excisão, e depois voltam. Tenho algum conhecimento mas conheço através de outras pessoas que houve casos de prática cá em Portugal” (EH9, 57 anos)*

Se, na maioria dos casos, é possível identificar o período em que as meninas ou raparigas são enviadas para os países onde a MGF/C é prática para serem a ela submetidas, ao nível da prevenção é importante equacionar a hipótese de intervir de forma mais activa nestes períodos, aspecto ao qual voltaremos nas recomendações.

### 5.3.5. Campanhas sobre a MGF/C

Apenas quatro entrevistados nunca tinha ouvido ou visto campanha contra a MGF/C, nem mesmo através de reportagens televisivas ou arti-

gos da imprensa escrita. Entre os que tinham conhecimento de algumas campanhas, destacam-se o papel de divulgação da temática pelo movimento Musqueba e pela UMAR; mas novamente, percebemos que as campanhas nos Hospitais, Centros de Saúde, entre outros, não têm sido eficazes na difusão da mensagem, como se pode depreender com a seguinte afirmação de um dos entrevistados:

*“Não soube de nenhuma campanha de combate a excisão feminina por parte das associações, hospitais, centro de saúde ou no aeroporto, só vi algumas vezes na televisão em que estavam a falar da necessidade de acabar com a prática”* (EH3, 48 anos)

É de assinalar a referência pelos entrevistados do movimento Musqueba, que tem vindo a encetar esforços para a sensibilização das mulheres e homens contra a MGF/C (a proximidade temporal da visibilidade das iniciativas, divulgação do vídeo, entrevista/reportagem de TV amplamente difundida nas redes sociais, incluindo a atribuição do Prémio da CIG e a realização das entrevistas é um factor a ter em conta):

*“Já ouvir falar, sobretudo duma associação que é a Musqueba, guineense, associação de mulheres guineenses que tentam ajudar as mulheres, sobretudo as mulheres guineenses a consciencializar a erradicação desse tipo de práticas de excisão feminina”* (EH11, 30 anos)

Tal como no caso das mulheres entrevistadas, evidencia-se que as iniciativas desenvolvidas pelas associações que se dedicam à erradicação da MGF/C têm conseguido maior impacto e visibilidade junto das comunidades praticantes do que outras iniciativas como, por exemplo, a disseminação dos materiais produzidos no âmbito das organizações oficiais, que parecem não ter chegado aos seus destinatários e destinatárias principais.

### 5.3.6. Emigração e prática da MGF/C

Todos os entrevistados concordam que a imigração contribui para a diminuição da MGF/C, sobretudo no caso da Guiné-Bissau. Segundo os entrevistados, o maior nível de integração na sociedade de acolhi-

mento e os processos de aculturação (ao qual não será alheio o maior acesso à informação) dos migrantes oriundos deste país, pode explicar a redução da prática:

*“No caso da comunidade guineense contribui bastante para a redução porque as pessoas adquirem conhecimento e sabem o mal que faz, a informação é mais vasta e sabem qual a dimensão e prejuízo que deixa numa pessoa”*  
(EH10, 51 anos)

Um outro entrevistado refere como, com o tempo, as mentalidades dos migrantes em território nacional se vai alterando, contribuindo para a diminuição da realização da MGF/C:

*“Por acaso contribui, contribui, mas nesse caso leva mais um pouquinho de tempo porque tendo em conta, por exemplo cá em Portugal, há grande número de comunidade guineense, é um caso um pouco... há pessoas que vêm com essa mentalidade de que essa prática não passa de uma tradição. Essas pessoas têm que ser sensibilizadas, mas por acaso, tendo em conta a sociedade em que vivemos, isso ajuda um pouco, porque com o tempo a pessoa vai perceber de que não é um acto bom, mas tem que levar um pouco de tempo”*  
(EH14, 39 anos)

Contudo, para que a essa diminuição seja ainda maior ou mais efectiva/duradoura, é necessário continuar a trabalhar para sensibilizar todos os indivíduos oriundos de países onde a MGF/C é praticada para as consequências nefastas para a saúde e direitos das meninas, raparigas, mulheres e igualdade de género. Essa sensibilização passa, igualmente, por desmitificar crenças e valores tradicionais que, até aos dias de hoje, vão perpetuando este acto.

### 5.3.7. A MGF/C e o contexto familiar

Apenas cinco dos catorze entrevistados referiram não ter nenhuma familiar com MGF/C. Nos restantes, os membros da família mais referidos foram as suas irmãs. Quanto aos tipos de MGF/C a que estas familiares tinham sido submetidas, os entrevistados têm alguma dificuldade em identificá-lo. Ainda assim, o tipo I ou II é o mais enumerado.

*“A minha irmã tipo I ou II. Tinham 7 ou 8 anos em Garamundo. Quem decidiu não tenho a certeza. Não tenho a certeza, mas acho de que deve ser o meu pai ou os meus tios ou minhas tias. Em Saré-demble” (EH13, 32 anos)*

Não deixa de ser curioso o facto de nenhum dos entrevistados ter referido que as suas mães tinham sido submetidas à prática, havendo, no entanto, referências às suas tias, primas e sobrinhas.

### 5.3.8. A MGF/C: prática e reprodução futura

Como referimos no início da análise qualitativa às entrevistas realizadas aos homens, as suas filhas raramente eram referidas na questão “Tem alguma mulher ou menina na sua família que já tenha sido submetida à prática?”. Por esse motivo, aprofundámos este aspecto com uma pergunta onde se autonomiza a situação das filhas dos entrevistados em relação à sujeição à prática<sup>19</sup>. Desta forma, percebemos que quatro dos entrevistados têm filhas com MGF/C. No seguinte depoimento, um entrevistado do Senegal conta como uma das suas filhas foi excisada sem o seu conhecimento:

*“A minha filha foi submetida à prática aos 7 anos e nessa altura já me encontrava em Portugal. Tudo aconteceu quando ela foi passar férias ao Senegal com a tia da minha esposa e foi lá que a submeteram a prática; não sei se a minha esposa sabia disso ou não mas a mim ela não me disse nada, só soube muitos anos depois. Sempre fui muito claro de que não quero que as minhas filhas fossem excisadas, aliás o meu irmão mais velho também era contra e ele falava sempre com os nossos familiares para não submeterem as nossas filhas à excisão. Mas eu não consegui porque já me encontrava em Portugal e a minha filha ficou com a mãe na Guiné-Bissau. Não sei se foi ideia da tia da minha falecida esposa ou se foi a minha esposa” (EH1, 65 anos)*

Outro entrevistado conta que a sua mulher quis que as suas filhas fossem sujeitas à mutilação, mas que, apesar de não estar de acordo, não tentou impedir a sua realização. Este trecho de entrevista volta a reforçar a necessidade de intervir de forma mais eficaz junto dos homens, para

<sup>19</sup> A questão formulada é: “As suas filhas foram submetidas à prática?”

que também eles possam contribuir para que as suas filhas e/ou outras familiares não sejam submetidas à MGF/C:

*“A ideia surgiu da sua mãe alegando questões culturais, contudo não estava de acordo só que não fiz a questão de dizer de que não estava a favor” (EH3, 48 anos)*

De entre os entrevistados que não têm filhas, todos referiram que, caso as venham a ter, não planeiam submetê-las à MGF/C; embora seja de assinalar que, apesar de muçulmanos, nem todos pertencem a grupos praticantes de MGF/C. Apesar de este ser um aspecto positivo que ressalta das entrevistas, estes são indivíduos a viver em território nacional e, por isso, as suas mensagens devem chegar às comunidades de onde estes homens são oriundos. A seguinte citação de uma entrevista, salienta esse mesmo aspecto:

*“Nunca submeteria as minhas filhas, nem pensar, mesmo as minhas sobrinhas que nasceram depois de eu saber de que a prática não é boa não deixei que isso lhes acontecessem, aliás ouvi dizer de que na minha terra natal já não se faz e o meu irmão mais velho também me disse isso contudo não sei se é verdade ou não como não estou lá para certificar, mas falo sempre com a minha família quando ligo para lá para abandonarem a prática” (EH5, 23 anos)*

Se, de facto, os movimentos migratórios contribuírem para a diminuição da prática, também é necessário que a mensagem de sensibilização já assimilada por estes e outros atores sociais, a viver em Portugal chegue, através deles, à sua família e rede social residente nos países onde ainda se pratica MGF/C. Do mesmo modo, é importante reforçar a informação dos avanços legislativos e outros alcançados no país de origem. No caso da Guiné-Bissau, a legislação, as campanhas e todo o trabalho desenvolvido terá impacto nas comunidades residentes no exterior.

### 5.3.9. Consequências para a saúde

Os entrevistados demonstraram algum desconhecimento sobre as possíveis consequências que a MGF/C possa ter nas suas familiares e/ou filhas. A maior parte refere que não tem conhecimento sobre problemas

de saúde. Admitimos a hipótese desta informação lhes ter sido ocultada ou de não terem acompanhado esse aspecto da sujeição das suas familiares e/ou filhas à prática, já que social e culturalmente é visto como um assunto de mulheres. Importa reter alguns dos interditos socioculturais que fazem da MGF/C um assunto sobretudo de mulheres, com forte carga mágico-religiosa que pune e afecta quem a revelar ou tornar audível os seus preceitos.

Um entrevistado conta que as suas filhas não tiveram problemas de saúde, sendo também perceptível uma tentativa de minorizar as consequências da MGF/C, no seu país, para a saúde das meninas e/ou mulheres:

*“Não, elas não tiveram nenhuma complicação de saúde relacionado com a prática; correu tudo bem e o período da cicatrização não foi longo porque o corte que lhes fizeram foi muito superficial por isso é pouco provável que surjam algumas complicações e nós na Guiné temos diferente forma de excisar comparado com outros países de África Ocidental” (EH3, 48 anos)*

De destacar que o conceito de saúde pelos entrevistados é restrito às manifestações e efeitos em termos físicos e no período pós-intervenção; efeitos traumáticos e psicológicos não são referenciados. De entre os entrevistados que falam sobre o processo de recuperação das filhas, mesmo sem terem assinalado qualquer problema de saúde, referiram, posteriormente, que estas foram “tratadas” pelas fanatecas:

*“A senhora fanateca foi quem cuidou dos tratamentos da lesão da minha filha” (EH3, 48 anos)*

Nalguns casos, percebe-se a desvalorização das complicações de saúde que podem advir da prática da MGF/C:

*“A minha filha não foi ao médico porque acharam de que talvez não é algo relevante que precise ser tratado no centro de saúde” (EH1, 65 anos)*

Noutras entrevistas, os longos períodos de cicatrização das lesões, não são considerados como um problema de saúde ou algo que indique complicações ao nível da saúde das mulheres:

*“Elas [irmãs] não tiveram nenhuma complicação de saúde relacionado com a prática, graças a Deus e isso deve ser por sorte, mas só que levaram muito tempo para se cicatrizarem devido à falta de medicamentos para o tratamento” (EH2, 37 anos)*

Apesar de o discurso sobre as consequências para a saúde das mulheres se encontrar muito presente na dimensão de análise que remete para as representações e percepções sobre a MGF/C, alguns dos entrevistados com familiares e/ou filhas sujeitas à prática demonstram alguma dificuldade em reconhecer lesões como prejudiciais para a saúde das mulheres. Por isso, consideramos que, também a este nível, é necessário sensibilizar todos os actores sociais para as sequelas e lesões que a prática MGF/C pode provocar no futuro e que, tudo indica, ainda são desvalorizadas. De destacar uma vez mais que o conceito de saúde percebido pelos entrevistados é restrito às manifestações e efeitos em termos físicos e no quase pós-intervenção; efeitos traumáticos e psicológicos não são referenciados, facto que será retomado em outras sugestões e abordagens que serão retomadas mais à frente, sob a forma de recomendações.

### 5.3.10. Visão dos homens em relação à prática da MGF/C na mulher/esposa

Seis dos entrevistados são casados e quatro deles com mulheres que tinham sido submetidas à MGF/C. As respostas a esta pergunta não foram muito desenvolvidas pelos entrevistados. Tentámos, igualmente, perceber qual o grau de importância para estes homens que as suas mulheres tivessem sido sujeitas ao corte. Mais uma vez as respostas não permitiram obter muita informação, mas os quatro entrevistados casados referiram que para si não era importante que as suas mulheres tivessem algum tipo de MGF/C:

*Não, não era importante para mim talvez se fosse algo que a religião tivesse autorizado poderia preocupar-me com isso mas como não é o caso não me preocupei com isso. Era indiferente para mim! (EH9, 57 anos)*

Entre os entrevistados solteiros, tentámos perceber a sua posição sobre a importância da MGF/C nas suas futuras parceiras ou mulheres.

Apenas um dos entrevistados referiu que era importante, com base nos “pressupostos” da fé islâmica. Para os restantes, todos explicaram que não pretendiam que as suas futuras companheiras ou mulheres tivessem sido submetidas à MGF/C. Na maioria dos casos, os entrevistados referem que a MGF/C afecta a vivência sexual da mulher e que esse aspecto iria prejudicar a relação íntima:

*Não. Porque acho de que há uma diferença notável em termos de relacionamentos mais íntimo, eu consigo sentir essa diferença porque já namorei uma mulher que foi circuncidada e uma que não foi. Depois decidi de que não vou voltar a namorar uma mulher que foi excisada porque a entrega não é igual (EH5, 23 anos)*

Outro entrevistado, solteiro, reforça o mesmo aspecto:

*“Não quero casar com uma mulher excisada. Eu acho que isso não é um bom acto. Depois quando a mulher é excisada perde o prazer. Como lhe cortam o clítoris a mulher perde o prazer. O homem vai estar aí a sentir o prazer enquanto a mulher não. Sempre a querer e não sentir, e eu acho que isso não é benéfico. Espero que... não quero que isso aconteça com a minha mulher” (EH12, 25 anos)*

A análise qualitativa das entrevistas aos homens evidencia que também eles têm opiniões, percepções e representações sobre a MGF/C, as quais importa conhecer e analisar. À semelhança do que referimos anteriormente, este não é um “assunto só de mulheres” pelo que o envolvimento de homens e líderes religiosos de grupos praticantes de MGF/C nas iniciativas de sensibilização, incluindo sobre as relações de casal e vida familiar, e na desconstrução das crenças tradicionais e preceitos religiosos em que a MGF/C está envolta é de ter em atenção. Também eles podem e devem ser actores sociais com um papel activo na contribuição para a erradicação desta prática nefasta a que as meninas, raparigas e mulheres da comunidade de pertença são sujeitas. De facto, a desvalorização da MGF/C e respectiva verbalização pública é um passo com vista à diminuição da pressão social e cultural das comunidades para a sua perpetuação.



#### 5.4. A perspectiva dos profissionais de saúde

A análise qualitativa das entrevistas realizadas a profissionais de saúde<sup>20</sup> divide-se em 9 dimensões da análise. A primeira dimensão, “Conhece MGF/C e representações sobre MGF/C”, tem como objectivo compreender o grau de conhecimento sobre a temática entre profissionais entrevistados/as bem como as suas representações sobre a prática. O “Nível de sensibilização de outros profissionais de saúde para a MGF/C” pretende auscultar/percepcionar a opinião destes /as profissionais sobre o que colegas de profissão sabem sobre a temática e se sobre ela estão sensibilizados/as. Tendo em vista o investimento realizado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) e pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), através de acções de formação e de sensibilização como, por exemplo, o Curso de Formação Pós-Graduada em Saúde da Mulher e Família sobre Mutilação Genital Feminina (anos 2013/2014), bem como do Instituto Camões – Instituto da Cooperação e da Língua e da Associação para o Planeamento da Família na produção de materiais específicos para profissionais de Saúde (APF, 2009; WHO, 2009), tentámos perceber se os/as profissionais entrevistados/as as consideravam suficientes através da dimensão de análise “Formação/sensibilização é suficiente”. O papel destes/as profissionais, muitas vezes os/as primeiros/as a terem contacto com as mulheres com MGF/C, é fundamental. Por isso tentámos analisar se os/as profissionais entrevistados/as consideram importante o seu papel no combate à prática através da dimensão de análise: “Os profissionais de saúde são importantes na erradicação da MGF/C?”. Ao mesmo tempo, quisemos saber se estes/as profissionais consideram a MGF/C um fenómeno de relevância no contexto nacional (“MGF é um problema em Portugal?”). À semelhança das entrevistas a homens e mulheres, a dimensão de análise “MGF/C praticada em Portugal?” foi também considerada nestas entrevistas. Era igualmente fundamental analisar o grau de “Conhecimento do protocolo de actuação da DGS” dirigido a profissionais de saúde que se deparam, na sua prática, com casos de mulheres com MGF/C. Do ponto de vista legal, e

20 Respeitando o princípio de confidencialidade das entrevistas, não serão usados nomes para identificar as secções das entrevistas transcritas. Assim, os excertos serão identificados com o número de ordem da entrevista. Ex: (EPS1) corresponde à entrevista nº 1 feita a um/a profissional de saúde. A entrevista à Dra. Lisa Vicente será a única excepção a esta regra já que ela concordou que pudesse ser citada.

de acordo com a criminalização da MGF/C em Portugal, a dimensão de análise “Conhecimento da Legislação Portuguesa que enquadre a prática da MGF?” pretendia perceber qual o conhecimento de profissionais de saúde em relação a este aspecto. A criação da recente Plataforma de Dados da Saúde para inserção dos casos de mulheres com MGF/C identificadas por profissionais de saúde é um instrumento de trabalho de reconhecida relevância. Contudo, era necessário perceber se os/as profissionais de saúde tinham conhecimento dela (“Conhece a Plataforma de Dados da Saúde para inserção dos casos de mulheres com MGF/C”).

Em seguida apresentamos a análise das dimensões descritas.

#### 5.4.1. Conhecimento e representações sobre MGF/C

Todos/as os/as profissionais de saúde entrevistados/as tinham conhecimentos sobre MGF/C. No que se refere às percepções sobre esta prática, estes/as profissionais rejeitam a dimensão religiosa, referindo que o aspecto fulcral reside na cultura e nas práticas/dinâmicas sociais e não na religião. Uma entrevistada expressa desta forma a sua análise sobre a MGF/C:

*“Para mim não é religioso, é cultural, e tivemos alguns estudos que lemos, que demonstram que é cultural (...) como são conhecidas práticas em tribos da América do Sul, pelo mundo inteiro, da Austrália, não é só na África Subsaariana, em situações até na Europa mais junto à Ásia, portanto é para mim central, o cultural, não tem a ver com a religião” (EPS1)*

Outra entrevistada da área da Saúde considera que a MGF/C é uma grave violação dos direitos das mulheres, comparando-a mesmo a uma amputação de qualquer outro membro do corpo de um indivíduo. Paralelamente, esta profissional alerta para as consequências para a saúde física e psicológica e como pode alterar a vivência da sexualidade das mulheres:

*“Sim, para mim é um problema, é uma situação grave para cada uma, porque é uma mutilação, eles chamam corte ou excisada, ou fanado, pode ser uma festa da menina, a entrada da menina da adolescência, pode ser, tudo bem, mas há uma lesão, um corte que é feito a uma criança nos seus genitais que fica para toda a vida. É como amputar um braço ou uma perna sem ter pedido autorização, e nós sabemos que em termos dos órgãos genitais, e*

*de acordo com a lesão, pode vir a dar grandes complicações, conhecemos a classificação e as complicações que daí advém, mas as complicações não são só físicas, as complicações são emocionais, são sexuais. É uma coisa, é um acontecimento íntimo da mulher que pode ser um trauma para toda a vida, que pode não conseguir ultrapassar” (EPS1)*

Uma enfermeira explica que a perpetuação da prática da MGF/C se deve ao papel dos homens que, na sua opinião, a valorizam. Ao fazê-lo, condicionam a posição e a decisão das mulheres na sua manutenção:

*“Eu acho que aqui os homens têm um papel crucial. Porquê, porque elas... eu, eu acho que elas agem assim porque têm realmente o homem por trás, o poder do homem, que estão conscientes disso e portanto preferem até as mulheres que são mutiladas. E portanto isto é uma prática que elas têm medo de deixar. (Pausa) Se eles estivessem mais abertos e não a favor disso, acho que era muito mais fácil. Por isso é que eu acho que é extremamente importante trabalhar o homem” (EPS4)*

Uma das profissionais de saúde que entrevistámos foi Lisa Vicente, ponto focal da DGS para a temática da MGF/C. Apesar de esta entrevistada estar sensibilizada e saber reconhecer sinais de MGF/C em mulheres, salienta a necessidade de outros/as profissionais estarem “atentos/as” e sensibilizados/as para os sinais que, por vezes, podem ser de difícil reconhecimento. Assim, Lisa Vicente explica-nos o início do processo de sensibilização a profissionais de saúde para uma melhoria da deteção dos sinais da prática:

*“Particularmente no caso em que as mutilações genitais femininas são do tipo I, ou eventualmente do tipo II, pequena, numa observação física genital muitas vezes os profissionais de saúde, num modelo de observação que é cobrir a mulher com um pano, não vê normalmente o clítoris. Porque as pessoas não estavam sensíveis houve um projecto apresentado por mim, pela Sandra Barreto, pela Vera Cunha, que eram as mais novas, e liderado pela Dra. Ana Campos. Foi submetido ao Conselho de Administração e aprovado. Consistia em três partes: uma era um inquérito, para sabermos o que as pessoas sabiam e ao mesmo tempo pô-las a falar sobre aquilo; a segunda parte uma formação. Depois apresentámos o resultado do inquérito a todos os pro-*

*fissionais no anfiteatro da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, um espaço consagrado, científico, digamos assim, e apresentámos os dados, apresentámos a classificação, demos as respostas certas. A partir daí as pessoas começaram a identificar as mulheres.*

*Entrevistadora: É o mais difícil de identificação, o tipo I?*

*Entrevistada: Se a pessoa não estiver sensibilizada para reconhecer...*

*Entrevistadora: Se estiver, é fácil?*

*Entrevistada: Sim, os nossos olhos vêem aquilo que estão preparados para procurar” (Lisa Vicente)*

A capacidade/conhecimento e sensibilização que os /as profissionais de saúde têm ao seu dispôr para detectar casos da MGF/C em mulheres que recorrem aos seus serviços é de análise crucial no contexto desta investigação pelo que a analisaremos de seguida.

#### 5.4.2. Sensibilização de outros profissionais de saúde para a MGF/C

Embora os/as profissionais entrevistados/as reconheçam que muito tem sido feito para aumentar a sensibilização de profissionais desta área em relação à MGF/C, referem também que muito ainda está por fazer para aumentar a visibilidade do fenómeno nesta comunidade técnico-científica:

*“Acho que neste momento é um work in progress, e provavelmente teremos realidades diferentes em comunidades diferentes. Se formos fazer este inquérito outra vez na Maternidade Dr. Alfredo da Costa acredito que o nível de conhecimento sobre as questões legais, a educação, o enquadramento, é completamente diferente, agora, do que foi em 2005. Este é o resultado que depois foi publicado em artigo em 2013 na acta da revista da especialidade da ginecologia-obstetrícia” (Lisa Vicente)*

De acordo com Lisa Vicente, para que o nível de sensibilização seja homogéneo e idêntico em todas as instituições de cuidados de saúde (sejam hospitalares ou cuidados primários), é necessário lançar um inquérito a essas instituições:

*“Eu acho que seria importante voltar a lançar um inquérito em diferentes hospitais, penso que isso está consagrado, até houve uma pós-graduação que*

*foi uma parceria da ESEL, da Direção-Geral de Saúde, da CIG e da APF. Nessa Pós-Graduação foi definida como área estratégica a região de Lisboa e Vale do Tejo e foi destinada a profissionais de centros de saúde e hospitais. No final da Pós-Graduação esses profissionais fizeram propostas de projectos a desenvolver nas instituições a que pertenciam” (Lisa Vicente)*

Uma outra profissional de saúde, bastante activa no combate à MGF/C, explica que o conhecimento e sensibilização que os e as colegas têm da temática são limitados:

*“Nos tempos actuais as pessoas não estão muito sensibilizadas para que se venha falar de situações cuja incidência ou prevalência não é muito grande, apesar da gravidade das situações. As pessoas hoje, porque as pessoas estão muito preocupadas no novo Sistema de Saúde que existe, as pessoas estão muito focalizadas em ter que cumprir objectivos e é muito mais importante cumprir objectivos relativamente a ter 90% de hipertensos estudados e tratados, do que estar a ouvir falar de mutilação genital feminina que pode acontecer um caso ou dois na sua população de utentes, ou nunca virem a ter” (EPS3)*

A forma como os profissionais de saúde abordam as mulheres com sinais da prática, é também uma questão que deve ser treinada junto de médicos/as e/ou enfermeiros/as que com elas se cruzam em contexto de cuidados de saúde. Por ser uma temática designada como “sensível”, é necessária uma abordagem e espaço que não constanja as mulheres a falarem sobre a sua situação:

*“Eu acho que parte do problema da área da saúde é também o atendimento que se faz a estas mulheres. Porque no momento em que o enfermeiro, ou o médico nota que há ali qualquer anormalidade, então, provavelmente, é quando faz as perguntas sobre a MGF/C, mas não querem falar sobre isto, porque elas, agora então com os média a divulgarem elas não falam, escondem. E portanto é uma maneira de fugirem. Eu acho que os profissionais de saúde quando estão nestes atendimentos, e aqui passa outra vez pela formação, têm de ter uma forma de comunicar que não é a normal ou a directa, como se ela não tivesse problema nenhum, não é? Têm de estar sensíveis à forma como abordam estas mulheres e como abordam a questão” (EPS5)*

Este último aspecto remete-nos para a necessidade de intensificar e diversificar as acções de formação e de sensibilização junto de profissionais de saúde, dimensão de análise que trataremos em seguida.

#### 5.4.3. Formação e sensibilização dos profissionais de saúde

Tal como já referido, parece ser a opinião dos/as entrevistados/as da área da saúde que é necessário investir mais e mais eficazmente nestes profissionais sobretudo na formação inicial:

*“Eu acho que passa pela formação das escolas. (...) Mas não é só a nível de enfermagem, como a nível médico e é na base da licenciatura, que eu acho que é extremamente importante começar a sensibilizar e dar formação na licenciatura. Nós somos mestrados, somos especialistas e os médicos reclamam que os enfermeiros são todos eles da área da obstetrícia. Mas não passa por aí, passa pelo enfermeiro generalista, pelo médico de clínica geral sem ter especialidade e portanto dar formação ao nível da licenciatura e com esta temática como uma questão extremamente importante em questões de género”. (EPS3)*

Uma outra entrevistada refere que, na sua opinião, os/as profissionais de saúde que lidam com crianças, passando pela medicina geral e familiar, devem ser objecto de mais formação específica:

*“Eu acho que seria importante, não é nada de mais passar formação, formação e a informação a todos os profissionais que lidam com crianças. Eles são os que lidam com todo o ciclo de vida. E até no médico de família, em consulta familiar, falando com um homem que tem filhas, ou que vai casar ou que não sei quê, às vezes tentar compreender e tentar perceber qual é a sua posição. Porque hoje em dia já há muitas pessoas para quem a mutilação genital feminina, já não pensam, ou pensam que as suas filhas não vão ser excisadas, homens e mulheres”. (EPS1)*

Actualmente, apesar da formação realizada, parece existir dificuldade por parte dos/as profissionais de saúde em detectar casos de MGF/C, o que reforça a ideia de que é necessária mais formação:

*“Eu quanto comecei a trabalhar, muito jovem, já há muitos anos, comecei na Alfredo da Costa e quando nos apareciam mulheres, há uns de vinte e tal anos mutiladas, que eu agora tenho a certeza que eram mulheres mutiladas, nós escrevíamos nas nossas ocorrências mal formações, porque não sabíamos identificar. E ainda hoje, elas, algumas vão às urgências e os colegas continuam a diagnosticar o mesmo - mal formações - porque não identificam a mutilação. Isto passa primeiro pelos médicos e pelos enfermeiros que estão no local, saber identificar, mais que não seja saber, até para pôr nos registos”.* (EPS1)

A importância destes e destas profissionais na erradicação da MGF/C é crucial, daí o investimento que tem vindo a ser feito na vertente da formação. Houve unanimidade entre os/as profissionais de saúde entrevistados/as sobre a importância da formação, aspecto que exploraremos em seguida.

#### 5.4.4. O papel dos/as profissionais de saúde na erradicação da MGF/C

Os/as entrevistados/as concordam sobre a primordial importância de profissionais de saúde no combate à MGF/C, sobretudo, são identificados como os actores sociais mais qualificados para explicar, a mulheres e homens oriundos de países onde a MGF/C é praticada, as consequências nefastas para a saúde das meninas e mulheres. É esse aspecto que uma das entrevistadas reforça:

*“Eu acho que a sensibilização... poderá falar-se por aí. Nós, profissionais de saúde, conseguimos obter muita transformação de comportamento, quando vamos falar de saúde... nem é doenças, é de saúde. Conseguimos ao nível de outras temáticas obter grandes alterações de comportamento e para mim passa por aqui, ir falar de saúde”.* (EPS5)

Uma enfermeira entrevistada reforça a importância que profissionais de saúde, mas também psicólogos/as a exercer em hospitais e/ou centros de saúde, podem ter na prevenção, detecção e sinalização de casos de mulheres com MGF/C e das meninas em risco:

*“Médicos e enfermeiros, exactamente, dos profissionais de saúde, sem dúvida. E os psicólogos que, como sabe, muitas dessas situações são conversadas, aca-*

*bam por ser em consulta de psicologia. Muitas vezes não é partilhado pelo médico de família, mas depois há qualquer coisa que é enviada a um psicólogo, e acabam por se abrir. Isso é válido tanto para as mulheres já mutiladas como para meninas que possam estar em risco”. (EPS4)*

Lisa Vicente, ao mesmo tempo que reconhece a importância do trabalho de profissionais de saúde, alerta que só por si não é suficiente, sendo necessário o envolvimento de todos os atores sociais:

*“Eu penso que a maior parte dos países, tanto europeus como africanos, têm utilizado frequentemente como estratégia para a erradicação o ponto saúde: — Isto não faz bem à saúde, tem riscos em relação à saúde — e por isto tem sido sempre utilizado. Agora acho que não pode ser a única forma de actuação. Também as questões legais, o trabalho na educação e nas comunidades devem ser integradas”. (Lisa Vicente)*

Através dos dados de prevalência apresentados neste estudo percebemos que a dimensão do problema não pode ser menosprezada, sobretudo no que se refere à detecção dos casos já praticados e na sinalização de meninas em risco por parte de profissionais de saúde. No entanto, e até à data de realização destas entrevistas, estes dados não eram ainda conhecidos. Por isso, a equipa de investigação tentou perceber a opinião dos/as entrevistados/as sobre a dimensão da MGF/C enquanto problema social com a dimensão de análise seguinte.

#### 5.4.5. Percepção da prática da MGF/C em Portugal

O facto de ser um problema que afecta apenas algumas mulheres migrantes oriundas de países onde a MGF/C é praticada foi, durante muito tempo, usado para menosprezar a aplicação de medidas para o seu combate. Mas, segundo Lisa Vicente, esse argumento deve ser desconstruído e devem ser dados a profissionais de saúde todas as ferramentas para os cuidados adequados às mulheres vítimas da prática:

*“A questão do quantitativamente expressivo... nós não sabemos o que é “quantitativamente expressivo”. Essa expressão é muito relativa. Os profissionais de saúde criam respostas para doenças raras, sejam elas quais forem. Por isso sobre*



*as questões da MGF/C, mesmo que fossem cinco casos, a questão fundamental é: montar a informação para que os cinco que vivem em Portugal tenham os cuidados devidos e além disso para que os profissionais que os vão ver saibam o que fazer. Tem de existir formação e devem ser criados os mecanismos de referenciação necessários para dar a resposta adequada”. (Lisa Vicente)*

Uma outra enfermeira entrevistada considera que se entidades como a CIG e a Direcção-Geral da Saúde, entre outras, projectaram atenção pública sobre a temática, significa que a MGF/C deve ser considerada um problema em Portugal e com dimensões preocupantes:

*“É um problema em Portugal de grandes dimensões e acho que há muita gente já consciente disso, com a CIG, não é? A Direcção-Geral, há imensas associações que estão muito despertas para isso e sabem perfeitamente que é um problema grande que nós temos, em Portugal». (EPS4)*

Para além da dimensão do problema, permanece a questão de existirem casos da prática da MGF/C em território nacional. Tal como as mulheres e os homens entrevistados, também os/as profissionais de saúde, e apesar de não terem informações concretas, já ouviram falar de casos da prática em território nacional. Uma psicóloga conta alguns aspectos relativos aos seus contextos:

*“Eu sei sem dados na mão que aqui [local retirado] há pessoas que praticam, há pessoas que praticam e parece que na base de uma dessas pessoas é enfermeira, onde é que ela se formou não sei... na Guiné ou por aí, mas que se identifica como tal. Ela diz que é enfermeira, não sei quem ela é, não lhe posso dizer. Realmente há pessoas que praticam, isto é a descrição que me fazem, muitas da [local retirado] que é mais perto de nós, é que as meninas são muitas vezes, nas férias da Páscoa. Fazem cá estas pessoas que pertencem à [local retirado] é feito, as famílias se calhar com mais posses mandam as meninas à Guiné e, e outras, acho que ainda com mais posses, tem a ver com as posses da família segundo o que me disseram, mandam vir a fanateca cá. É o que me descreveram” (EPS3)*

Uma médica de saúde infantil num Centro de Saúde do distrito de Lisboa, refere que já ouviu referências a casos da prática em Portugal

mas centra a questão nos cuidados imediatos que essas meninas possam precisar devido às consequências do corte ou da mutilação. Nestes casos, é necessário que profissionais de saúde possam fazer a ligação entre os sinais demonstrados pelas meninas como indicadores da prática nefasta:

*“Eu acho que se forem em questões de... de febre, que a criança apareça de doença aparente... portanto sinais que elas próprias directamente não relacionem com a prática não levam as crianças ao hospital. Mas elas sabem que se acontecer uma infecção dá aqueles febrões e aí tratam-se. Se calhar se for por uma questão mais, que elas não identifiquem como da prática, são capazes de levar. Mas depois, mesmo que vá ao centro de saúde ou hospital, se for a uma urgência pediátrica, as pessoas pensam em tudo, menos em ir observar a parte genital da menina. [Pequena pausa] Nos centros de saúde, a vigilância que se faz, faz-se o peso, a marcha, ninguém observa a parte genital da menina porque não faz parte da rotina. Isto é um bocado rotineiro, a observação que se faz. Por isso é que eu digo, as minhas colegas da área da saúde infantil, nos centros de saúde, é extremamente importante estarem sensibilizadas para isto, são elas que fazem a observação e fazem a vigilância de saúde daquelas crianças e isto é uma parte importante para elas observarem. Mas, não [tom de desapeço]! É o peso, alimenta-se bem, não se alimenta, o desenvolvimento e pronto. Não fazem. Porque não está sequer nas nossas grelhas que elas têm de observar e registar a parte genital do bebé durante a gravidez. É parte da saúde da mulher. Mas como a menina só está connosco até aos 28 dias, depois passa para a saúde infantil não se faz. Portanto é complicado. (EPS5)*

Para esta entrevistada é necessário redefinir os procedimentos do acompanhamento das meninas com nacionalidade ou naturalidade de países onde a MGF/C é praticada, sobretudo ao nível da saúde infantil. Mas, neste aspecto em particular, também os/as profissionais da saúde materna e saúde reprodutiva “constituem um grupo de profissionais de saúde a quem as mulheres mutiladas poderão mais frequentemente recorrer por complicações, sequelas e enquanto estão grávidas” (Barreto, Cunha, Vicente & Campos, 2013: 92).

#### 5.4.6. Conhecimento do protocolo de actuação da DGS

Dada a existência do protocolo acima referido, a equipa de investigação tentou saber junto da DGS, através de Lisa Vicente, sobre o funcionamento do mesmo. De acordo com a descrição feita pela entrevistada, o protocolo da DGS segue as seguintes etapas:

*“Está tudo escrito na orientação. Por tópicos e por alíneas, porque uma mulher pode estar em muitas situações da sua vida. Pode ser uma criança, e aí estamos a falar na prevenção e está tudo no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Vai-se trabalhar em conjunto com os núcleos das crianças e jovens em risco (...). Quando existe uma criança identificada, já está publicado um manual de procedimentos de questões para identificar, por exemplo, se os pais acreditam ou não na mutilação genital feminina, de onde vêm, se a mãe é mutilada. Isso faz parte dos procedimentos em termos de maus-tratos e das questões legais que é possível desencadear em crianças até aos 18 anos. Um outro ponto, uma mulher que vem para uma consulta de planeamento familiar, também está na orientação o que os profissionais podem fazer. Por exemplo, dependendo do tipo de mutilação, algumas mulheres devem ser esclarecidas que a contraceção a realizar é a mesma e a sua utilidade é igual, ou seja, não tem nenhuma limitação pela mutilação. Depois dependendo do que a mulher diz ou se queixa, pode ser importante orientar para apoio psicológico ou social. Nas grávidas também está definido, dependendo do tipo de mutilação genital feminina” (Lisa Vicente)*

A totalidade de profissionais da área da saúde entrevistados tinham conhecimento do protocolo de actuação da Direcção-Geral da Saúde. De resto, as directrizes da DGS parecem ser claras nos procedimentos que os e as profissionais devem adoptar em casos de detecção ou sinalização do risco de MGF/C:

*“Directrizes? Os colegas sabem que se precisarem este é o esquema da DGS que devem seguir. Esta intervenção é no ciclo de vida, não é só na gravidez, nem no parto. Isto foi demonstrar que a criança, portanto a orientação e depois quem é que avalia, quem é que intervém e quem é que acompanha. Nós temos filhos de famílias que são naturais de famílias onde se pratica a mutilação, não é? Portanto, devem os profissionais de saúde avaliar e colher o máximo de infor-*

*mações. Tentar perceber como é a situação, ter os apoios dos grupos de jovens e crianças em risco, são grupos que, tem um pediatra, um médico de família, tem um psicólogo, tem um técnico de serviço social, tem um enfermeiro, tem as várias perspectivas para avaliar e dar apoio nesta situação. E em conjunto com o médico e enfermeiro de família é assim que as unidades familiares estão organizadas, em conjunto, avaliar se a situação é de risco e conversar com os pais e perceber a situação ou se a situação é de perigo e então temos que pedir intervenção da CPCJ, isto até aos 18 anos” (EPS1)*

Para esta enfermeira entrevistada, mais do que as orientações da DGS, é necessário haver articulação entre outras instituições e outros actores sociais, para que também o papel e os procedimentos que os/as profissionais devem seguir sejam mais eficazes. Algo que o próprio protocolo prevê e articula.

#### 5.4.7. Conhecimento da legislação portuguesa que enquadra a prática da MGF/C

A totalidade de profissionais entrevistados/as afirmaram ter informação sobre a MGF/C no contexto do enquadramento do código penal português. Parecem ainda concordar com a criminalização da prática.

*“Entrevistada: Olhe eu acho bem, eu acho bem que se criminalize e que se puna quem faz.*

*Entrevistadora: Mas quem faz ou quem faz e quem submete as meninas ou mulheres à prática?*

*Entrevistada: Todos! São todos complacentes. Eu acho que tanto é a mãe, quem seja, se for a mãe que traz ou o pai ou a avó ou a tia, como a que pratica. Qual é o peso? Ou a medida a nível jurídico, não lhe sei dizer que eu não percebo nada de leis, não é? Mas, acho que a responsabilidade é das duas, porque sem uma... não é? As coisas não acontecem. Acho que as duas têm de sofrer o efeito” (EPS1)*

Para Lisa Vicente, as medidas coercivas de prevenção devem ser amplamente debatidas. Também a questão de quem deve abarcar a lei que criminaliza a MGF/C em Portugal é um aspecto que, em sua opi-

nião, deve ser cuidadosamente analisado e refletido pelas instituições competentes para fazer essa avaliação:

*“Essa é uma das grandes discussões, mesmo europeias, quem punir. A questão da protecção da criança em risco ou em perigo, até que ponto os diferentes países têm diferentes... posturas diferentes na legislação, não é? Uma criança considerada em risco de mutilação genital feminina deve ser afastada da família e institucionalizada versus não. Essa é a grande discussão.”* (Lisa Vicente)

Tendo em conta a importância do enquadramento jurídico-penal da MGF/C em Portugal, quisemos saber a opinião da Procuradora da República no Tribunal da Amadora em relação à autonomização do crime de MGF/C (art. 144º-A/2015). De referir ainda que esta entrevista se realizou depois da aprovação da autonomização do crime de MGF/C pelo que os argumentos e opiniões desta entrevistada contêm já essa actualização penal.

Em relação à autonomização do crime de MGF/C, a Procuradora da República salienta a importância desta alteração:

*Para além de o novo crime conter agora uma definição clara de quais as práticas integradoras do conceito de MGF, em sintonia com a tabela dos tipos de MGF definidos pela Organização Mundial de Saúde, a nova lei veio trazer duas novidades. A primeira delas prende-se com a incriminação dos actos preparatórios do crime de MGF. Por exemplo, a organização de uma viagem para levar algumas meninas para o seu país de origem para serem excisadas ou a contratação de uma excisadora para vir a Portugal com o propósito de executar a MGF em diversas meninas, não constituía, até agora, a prática de qualquer ilícito penal pois, tratando-se de actos classificados como preparatórios do crime não eram punidos por falta de previsão legal. Por outro lado, a nova lei veio estabelecer que no caso de MGF e sendo a vítima menor, o procedimento criminal não se extingue por força do decurso do prazo de prescrição antes de a vítima perfazer 23 anos. Esta alteração mostra-se também de particular relevo dado que a maior parte dos casos que correram nos tribunais portugueses acabaram por ser arquivados por prescrição já que a prática da MGF acontece habitualmente em crianças muito pequenas e quando chega ao conhecimento das autoridades, habitualmente já decorreu o prazo normal de prescrição.* (Procuradora da República)

Apesar das melhorias referidas pela Procuradora, existem ainda algumas questões que dificultam o processo de investigação, fazendo com que, mesmo com a actual moldura penal, seja difícil a investigação criminal:

*“Estamos perante um crime de difícil investigação e prova. Claro está que através de exame pericial é simples saber se aquela menina ou mulher foi sujeita a MGF, as dificuldades vêm depois. Quando, como, onde e porquê ocorreram os factos e quem são os agentes do crime. Basta pensar que na maioria das situações a execução do crime ocorreu nos países de origem e habitualmente há já vários anos. Embora o facto de a prática do crime ter acontecido fora do território nacional não constitua impedimento a que seja aplicada a lei portuguesa e se realize o julgamento no nosso país, bastando para tanto que o agente seja encontrado em Portugal sem que sobre ele impenda algum pedido de extradição ou mandado de detenção internacional relacionado com o mesmo crime, certo é que a recolha de prova acarreta diversas dificuldades e torna espinhosa a tarefa de se conseguirem indícios suficientes que permitam levar a julgamento os autores ou cúmplices da prática do crime (...) os arguidos têm direito a não prestarem declarações e mesmo que o façam podem sempre escudar-se na responsabilidade de terceiros na prática dos factos, afirmando ter a mesma sido realizada sem o seu consentimento ou conhecimento (...) Por outro lado, porque os suspeitos iniciais da prática do crime serão os progenitores da vítima, esta também não é obrigada a prestar declarações e como ela também o não são os familiares mais próximos tais como os outros seus irmãos e os pais ou irmãos dos arguidos, bem como os afins até ao 2º grau. Perante o exercício do direito ao silêncio fácil é concluir que pouco nos resta em termos de prova quanto à autoria do crime”* (Procuradora da República)

Apesar de saudar esta alteração penal e tendo em conta as dificuldades que se apresentam na fase de instrução do inquérito, a entrevistada refere a importância de um maior envolvimento entre todos os agentes envolvidos no combate à MGF/C. Paralelamente, é necessário investir mais na disseminação de informação sobre este problema social bem como na formação de alguns agentes essenciais na irradicação desta prática nefasta:

*“É de salientar que todos os casos de MGF de que tenho conhecimento aconteceram nos países de origem mas muito se fala que esta prática também ocorre em território português. Se assim é, e estou convencida que sim, alguma coisa está a falhar em termos de detecção da prática deste tipo de crime. A falta de informação, designadamente por parte das autoridades policiais e dos profissionais de saúde poderá ser uma das razões.*

*Desta realidade podemos tirar algumas ilações e uma delas é que o combate da MGF passará, em primeira linha, muito mais pela prevenção do que pela punição. Há que investir em campanhas de sensibilização, quer junto das próprias comunidades, quer dos diversos profissionais envolvidos, como sejam médicos, enfermeiros, magistrados, elementos policiais, professores, técnicos dos vários organismos públicos e voluntários” (Procuradora da República)*

#### 5.4.8. A Plataforma de Dados da Saúde para inserção dos casos de mulheres com MGF/C

A análise desta dimensão, divide-se entre quem está sensibilizada/o para o contexto da prática em Portugal e quem não está. Nesse sentido, algumas das pessoas entrevistadas confessam algumas dificuldades no acesso à referida plataforma<sup>21</sup>:

*“Que funciona muito mal... Portanto, já virei e revirei no centro de saúde, e não aparece nada de mutilação. Só aparece os episódios da pessoa... ter ido ao hospital, ... é a única coisa que temos acesso. É muito frustrante, pelo menos, para mim, como médica é frustrante. Todo o mundo fala e depois não posso fazer nada”. (EPS4)*

Uma enfermeira, de um centro de saúde do Distrito de Setúbal, conta que não tinha acesso à plataforma na altura em que foi entrevistada e que, por isso, nem ela nem os/as demais colegas inseriam os casos que detectavam de MGF/C:

21 A equipa de investigação teve conhecimento que a Plataforma de Dados da Saúde para inserção dos casos de MGF/C teve alguns problemas operacionais de implementação no início, mas que foram entretanto superados. Assim, admitimos a hipótese de que, aquando da entrevista, estes/as profissionais de saúde se debatiam com essas dificuldades iniciais.

*“Não, não, ninguém utiliza porque é a plataforma de dados de saúde, e pelo menos no nosso centro de saúde, só nos deixa ver onde esteve a pessoa, não dá para mais nada” (EPS6)*

Contudo, o contexto em que a plataforma surge e a mais-valia que representa é assinalado por todos/as os/as profissionais de saúde com quem falámos.

Apesar de alguns/as deles/as parecerem estar relativamente enquadrados com a prática, a MGF/C ainda permanece relativamente oculta para a maior parte dos/as profissionais. Assim, concordamos com Barreto, Cunha, Vicente e Campos quando referem que “A formação de profissionais e criação de orientações para a conduta e prevenção da MGF podem ter um papel decisivo para a eliminação desta prática. É importante que os profissionais de saúde reconheçam as complicações a curto e longo prazo associadas a esta prática e suas implicações numa gravidez e parto. Torna-se necessário uma reavaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre MGF, abordando um maior número de profissionais e abrangendo mais hospitais de saúde reprodutiva nacionais” (2013: 94).



## 6. CASOS DE MGF/C REGISTRADOS: PLATAFORMA DE DADOS DA SAÚDE

A Plataforma de Dados da Saúde (PDS) tem uma existência muito recente e funciona como um meio centralizado de sinalização de casos de MGF/C. Contudo, é o único registo centralizado existentes em Portugal de casos detectados de MGF/C.

No final do mês de Janeiro de 2015, contava com 43 casos, que passaremos a analisar<sup>22</sup>.

Face ao número reduzido de casos, optámos por começar por realizar uma análise estatística univariada procurando, deste modo, caracterizar algumas das dimensões associadas à MGF/C, no que diz respeito a casos registados em unidades de saúde públicas portuguesas, ainda que a informação diga respeito fundamentalmente à área da grande Lisboa.

A maioria dos casos (18) foi registada no Centro Hospital de Lisboa Central que inclui, entre outros hospitais, a maternidade Alfredo da Costa.

**Quadro 27. Instituição de registo dos casos**

	Frequência	%
Algueirão-Mem Martins	1	2,3
Amora	3	7
Centro Hospitalar de Lisboa Central	18	41,9
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	5	11,6
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	7	16,3
Montijo	3	7
Oeiras	1	2,3
Penha de França	4	9,3
Reboleira	1	2,3
Total	43	100

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS.

22 Os casos serão analisados nos seus valores absolutos pelo facto de serem em número reduzido. Em todo o caso, são fornecidos também os valores das percentagens para dar uma noção mais imediata das ordens de grandeza relativa.

Relativamente à caracterização das mulheres registadas, a média das idades ronda os 30 anos. Tendo em conta que a distribuição das idades é algo assimétrica, será mais correto ter em consideração o valor dos quartis. Assim, a idade mediana são 29 anos e metade destas mulheres têm idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos. Ainda de referir que a mais nova tem 15 anos e a mais velha 61.

**Quadro 28. Estatísticas descritivas da idade das mulheres sinalizadas**

	Idade
Mínimo	15
Máximo	61
Média	30,4
Desvio-padrão	9,2
Percentil 25	25
Mediana	29
Percentil 75	34

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS.

Mais de metade dos casos registados dizem respeito a mulheres oriundas da Guiné-Bissau (24), seguindo-se a Guiné (com 8 casos) e o Senegal (com 5 casos). Os quatro países mais registados nesta base de dados (Guiné-Bissau, Guiné, Senegal e Nigéria) são aqueles de onde provém a maior parte das mulheres migrantes em Portugal (relativamente aos países onde a MGF/C é praticada), como vimos anteriormente.

**Quadro 29. País de origem das mulheres sinalizadas**

	Frequência	%
Benim	1	2,3
Guiné	8	18,6
Guiné-Bissau	24	55,8
Nigéria	3	7
Senegal	5	11,6
Serra Leoa	1	2,3
Somália	1	2,3
Total	43	100

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS.

A idade aquando do corte varia entre os 0 e os 20 anos, sendo a idade média próxima dos 6 anos. De referir ainda que metade destas mulheres foi sujeita à MGF/C entre os 3 e os 9 anos.

A idade na qual as meninas e mulheres são submetidas ao corte varia bastante consoante o grupo étnico. Não havendo informação a esse respeito, são usados os dados relativos ao país. Assim, a informação constante na presente base de dados está em linha com o que é observado nos países de origem.

Na Guiné-Bissau, conforme os dados publicados pela UNICEF (2013)<sup>23</sup>, 72% das meninas e mulheres foram sujeitas à MGF/C até aos 9 anos de idade; valores semelhantes aos observados na informação disponível na PDS, onde 19 das 43 mulheres sinalizadas dizem ter sido submetidas à prática com idade inferior a 9 anos (o que corresponde a um terço das guineenses registadas). Ainda, na Guiné-Bissau, 43% das mulheres e meninas diz ter sido cortada entre os 0 e os 4 anos de idade. Nos dados que agora analisamos, disponíveis na PDS, observamos que metade das mulheres sinalizadas diz ter sido cortada antes dos 5 anos, o que está de acordo com os dados internacionais.

Relativamente aos restantes países, os valores observados são demasiado baixos para ser possível uma análise comparativa com os do país de origem com este nível de desagregação.

**Quadro 30. Estatísticas descritivas da idade das mulheres aquando da MGF/C**

	Idade ao corte
Mínimo	0
Máximo	20
Média	5,8
Desvio-padrão	4
Percentil 25	3
Mediana	5
Percentil 75	9

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS

<sup>23</sup> Ver dados em anexo.

**Quadro 31. Estatísticas descritivas da idade das mulheres aquando da MGF/C por país de origem**

	Média	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Benim	0	0	0	0
Guiné	6	5	7	8
Guiné-Bissau	6	3	5	9
Nigéria	2	0	0	5
Senegal	8	7	9	10
Serra Leoa	5	5	5	5
Somália	7	7	7	7

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS

No que diz respeito ao tipo de corte, aquele que foi mais vezes registado foi o tipo II (excisão), com 23 casos, seguido do tipo I (clitoridectomia) com 13 casos. O tipo III (infibulação), considerado como o mais grave, foi registado apenas duas vezes, o que pode ser explicado pelo facto de Portugal não ser destino preferencial de mulheres migrantes provenientes de países onde este tipo é mais prevalente; tanto mais que, à semelhança do que foi exposto relativamente à idade aquando do corte, também neste caso o tipo de corte varia consoante a pertença étnica. E, mais uma vez, como não existe informação suficientemente fiável e sistematizada, usaremos os dados do tipo de corte por país e não por grupo étnico.

No caso da Guiné-Bissau, segundo os dados publicados pela UNICEF (2013), os tipos de corte mais prevalentes são os tipos I e II, que representam naquele país, 84% das MGF/C. Os valores observados para as mulheres registadas em Portugal provenientes da Guiné-Bissau apontam no mesmo sentido – neste caso, a totalidade das mulheres terá sido submetida a MGF/C de tipos I e II.

Cenário semelhante é encontrado na Guiné onde 86% das mulheres terá sido submetida a cortes de tipos I e II, também espelhado nos dados registados na PDS, onde 7 das 8 mulheres da Guiné foram submetidas a MGF/C de tipos I e II. Ainda de notar que um dos dois casos de infibulação registados se refere a uma mulher deste país. De facto, na Guiné, o tipo III tem algum peso relativo, representando 12% das MGF/C.

Ainda de notar que o outro caso de infibulação foi registado numa mulher oriunda da Somália, país onde o tipo III é quase universal, representando 79% das MGF/C.

**Quadro 32. Tipo de corte**

	Frequência	%
Tipo I	13	30,2
Tipo II	28	65,1
Tipo III	2	4,7
Total	43	100

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS

**Quadro 33. Tipo de corte por país de origem**

	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Total
Benim	0	1	0	1
Guiné	2	5	1	8
Guiné-Bissau	10	14	0	24
Nigéria	0	3	0	3
Senegal	1	4	0	5
Serra Leoa	0	1	0	1
Somália	0	0	1	1
Total	13	28	2	43

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS

Todas as mulheres sinalizadas dizem ter sido submetidas à prática fora de Portugal.

No que diz respeito às consequências da MGF/C para estas mulheres, observa-se que aquelas são diversas e que, tal como descrito anteriormente, abrangem diferentes dimensões como sejam a saúde psicológica, a saúde sexual e reprodutiva e a vivência da sexualidade. Uma vez que foram registadas complicações apenas para 15 dos casos sinalizados, não é possível uma análise mais aprofundada dado que as reduzidas frequências nas diversas categorias não permitem cruzamentos com outras variáveis com expressão numérica relevante.

**Quadro 34. Complicações**

	Frequência	%
Obstétrica; Psicológicas	2	4,7
Obstétrica; Uro-Ginecológicas	1	2,3
Psicológicas	3	7
Psicológicas; Resposta Sexual	2	4,7
Psicológicas; Resposta Sexual; Uro-Ginecológicas	1	2,3
Psicológicas; Uro-Ginecológicas	1	2,3
Resposta Sexual	3	7
Uro-Ginecológicas	2	4,7
NR	28	65,1
Total	43	100

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS.

Relativamente ao âmbito no qual foi detectada a MGF/C, e mesmo admitindo que as categorias de registo são mutuamente exclusivas<sup>24</sup>, parece-nos difícil uma análise profícua tendo em conta que as categorias utilizadas não têm âmbitos comparáveis. Ou seja, quando se fala em consulta ou internamento está a fazer-se referência à circunstância na qual a mulher é observada; ao passo que quando se fala de gravidez ou puerpério, está a fazer-se referência a uma circunstância pessoal e não de contexto. Tendo isto em conta, e como exemplo, a categoria “gravidez” diz respeito ao estado em que a mulher se encontra e não às circunstâncias em que é observada podendo tê-lo sido em situação de consulta ou de internamento. Deste modo, não nos faz sentido incluir estas diferentes categorias na mesma variável, já que não produz resultados fiáveis para o objectivo de análise em vista.

24 Estamos a assumir, por exemplo, que nenhuma das consultas ou internamentos referenciados se relaciona com situações de gravidez ou puerpério. Assumimos ainda que os técnicos que registam esta informação usam todos o mesmo critério para a seleção da categoria adequada.

**Quadro 35. Âmbito**

Column1	Frequência	%
Consulta	11	25,6
Gravidez	13	30,2
Internamento	17	39,5
Puerpério	2	4,7
Total	43	100

Fonte: Plataforma de Dados da Saúde, DGS.

Assim, sugerimos que esta questão, importante, possa ser desdobrada em duas: uma que aluda ao contexto de observação/detecção da MGF/C (consulta<sup>25</sup>; internamento; urgência); e outra que indique, mesmo que sumariamente, o contexto de saúde da mulher (gravidez; puerpério; rotina; outras a definir).

Apesar das limitações inerentes ao número reduzido de casos disponíveis na base de dados, ensaiámos mais análises estatísticas bivariadas não paramétricas tendo em vista responder a algumas das questões formuladas neste trabalho ou a testar hipóteses relativas a resultados de investigações em outros países.

Nesse sentido, tentámos avaliar, por exemplo, se haveria alguma associação entre a idade das mulheres e o tipo de corte e se, em algum dos escalões etários, haveria uma maior probabilidade de ocorrência de um determinado tipo de corte<sup>26</sup>. Os resultados mostraram que não havia uma relação estatisticamente significativa não só entre as duas variáveis como também entre as várias categorias objecto de cruzamento. Procurámos igualmente avaliar a existência de uma relação entre a idade das mulheres e a idade aquando do corte por forma a perceber se a idade de submissão à prática teria ou não vindo a diminuir ao longo do tempo. No entanto, em resultado do reduzido universo de análise, não foi possível obter informação que permitisse explorar esta hipótese.

25 Idealmente com indicação da especialidade.

26 Para tal recorremos a testes de associação e ainda a testes de independência. Pela natureza dos dados disponíveis (universo reduzido), as idades foram agrupadas em três escalões: 15-32 anos; 33-49 anos; 50 mais anos. Nesta agregação procurou-se usar os critérios aplicados em análises anteriores (meninas: 0-14 anos; mulheres em idade fértil: 15-49 anos; restantes idades: 50 e mais anos). Contudo, e mais uma vez pela natureza dos dados, não foi possível operacionalizar estes escalões. Assim, mantendo em perspectiva esta segmentação, optámos por criar os três escalões referidos.

## 7. RECOMENDAÇÕES

A violência contra as mulheres, particularmente a de género, não é mais do que a expressão dramatizada das desigualdade de género de que estas são objecto nas nossas sociedades, em todos domínios, dos mais públicos aos mais privados (Lisboa, no prelo). Em alguns casos, a expressão dramática dessa violência pode ir até à morte da vítima, ou à sua afectação física, social e psicológica de uma forma definitiva e que a marcará para o resto da vida.

As políticas públicas e a intervenção social, particularmente de ONG e associações diversas, no sentido da eliminação de tais práticas radica claramente no âmbito da defesa dos direitos humanos e têm-se vindo a constituir até aos dias de hoje como uma questão política fundamental ao nível da cidadania e da igualdade de direitos a que nenhum ser humano pode ser limitado; questão que deve ser equacionada no quadro mais amplo da eliminação de todas as desigualdades sociais nos domínios, económico, político, social, cultural, de opção religiosa ou de orientação sexual. A construção de sociedades mais democráticas, passa, também por trazer estas dimensões para a agenda política de todos os intervenientes neste domínio.

É face a este quadro de um imperativo ético e social, que tem vindo a ser assumido cada vez mais como político, que as agências internacionais e nacionais dos vários países têm trazido para primeiro plano a necessidade de se desenvolver uma acção concertada que combata eficazmente a exclusão e a vitimização de mais de metade da população, as mulheres; pelo simples facto de serem mulheres e de, em certos contextos sociais, essa condição poder ser socialmente diferenciada e menorizada no acesso às diferentes posições de poder.

Assim, e à semelhança do que se tem vindo a verificar em outros domínios sociais, a intervenção deve ser eficiente; ou seja, basear-se em um conhecimento rigoroso e cientificamente controlado da realidade onde se pretende intervir. E neste domínio, é absolutamente essencial, a articulação entre a investigação desenvolvida segundo critérios científicos, sobretudo dentro da academia e centros de investigação, e o conhe-



cimento e experiência de muitos/as activistas e ONG ao longo de vários anos, num contacto mais directo com as populações.

É neste quadro que devem se entendidas as recomendações que são feitas em seguida: por uma lado, como o resultado das conclusões de uma investigação que foi efectuada segundo os critérios atrás referidos; e, por outro lado, identificando os pontos críticos e sugerindo acções, tanto ao nível da detecção e combate do fenómeno, mais dirigidas para o imediato, como da sua prevenção, numa perspectiva de médio prazo, tendo em atenção as gerações futuras.

As recomendações que a seguir se apresentam resultam não só das informações apuradas do cálculo da prevalência, da implementação dos questionários e da realização de entrevistas em profundidade, mas igualmente do conhecimento e da percepção que as diferentes pessoas que compõem a equipa de investigação deste projecto têm sobre a temática da MGF/C em virtude da sua experiência profissional e/ou do seu activismo em prol da defesa dos direitos humanos das mulheres.

Assim, foram consideradas diferentes áreas de actuação para a elaboração de recomendações para a prevenção e o combate da mutilação genital feminina em Portugal.

No que concerne à *Prevenção*, recomenda-se o aproveitamento de sinergias e de canais de comunicação intersectoriais já estabelecidos no âmbito de redes locais (por exemplo, no combate à violência doméstica) para o trabalho de prevenção e combate à MGF/C, com a constituição de pontos focais em cada entidade/sector (saúde, segurança, justiça, educação, associações/ONG/IPSS...) e com a concertação de estratégias comuns de intervenção (construção de protocolo de cooperação; fluxograma) para a MGF/C.

Sugere-se também a distribuição de materiais informativos por parte de profissionais de saúde no contexto das consultas, numa lógica de proximidade.

Ainda, a criação de uma campanha de sensibilização/prevenção sobre MGF/C, com a duração de 2 ou 3 anos, composta por várias peças – difundidas por vários canais (televisão, rádio, redes sociais, mupis, transportes públicos) – e por várias iniciativas públicas e momentos-chave de intervenção com vista à mudança de comportamentos. É também fundamental o alargamento das campanhas de sensibilização e informação ao universo dos homens.

Ainda no que diz respeito à prevenção, recomenda-se o desenvolvimento de acções específicas para jovens de ambos dos sexos, focando estas acções no sentido de aumentar a sua capacidade reflexiva nomeadamente no que se refere aos direitos individuais e à saúde sexual e reprodutiva.

Por último, seria importante desenvolver acções de sensibilização próximas dos momentos em que é mais provável a deslocação das meninas ao país de origem (ou de origem dos/as pais/mães), particularmente no período da Páscoa.

Relativamente ao domínio da *Integração*, recomenda-se a criação de serviços de apoio especializados para meninas, raparigas e mulheres submetidas à MGF/C, na esteira do recomendado pela Convenção de Istambul (art.º 20º – serviços de apoio gerais).

Em termos de *Formação* sugere-se a constituição de uma bolsa de formação sobre MGF/C na área da saúde composta por todas as pessoas que realizaram a pós-graduação sobre o tema, quer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, quer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Esta bolsa de formação, cuja lista deve ser partilhada pelas entidades que fazem parte do grupo de trabalho que implementa o IIIPAPEMGF e por todas as entidades que intervêm contra a MGF/C, teria como missão formar outros e outras profissionais de saúde e de educação sobre o tema da MGF/C em todo o território nacional. Para tal, é necessário um trabalho de proximidade entre a Direcção-Geral da Saúde e as chefias das Administrações Regionais de Saúde e dos Agrupamentos de Centros de Saúde, bem como com as estruturas centrais e locais do Ministério da Educação, atendendo à autonomia de escola e centros de formação de professores/as, do mesmo modo que aproxima da intervenção da saúde escolar, educação para a saúde, educação para os direitos humanos e estruturas de protecção de criança e jovens em risco. Esta recomendação vai, em parte, no sentido de uma das medidas do IIIPAPEMGF (medida 22).

Ainda na área da formação, é importante o envolvimento das diferentes Ordens Profissionais (enfermagem, medicina, psicologia, advocacia) para um entendimento comum de actuação e formação na área da MGF/C.

À semelhança do que foi dito atrás, e sabendo que existem entidades que têm vindo a realizar acções de formação para mediadoras

e mediadores comunitários, pertencentes a grupos praticantes, é pertinente constituir uma bolsa de mediadores/as de modo a que estas pessoas possam, por um lado, replicar a formação e, por outro lado, constituir um recurso no trabalho desenvolvido por profissionais da saúde, Órgãos de Polícia Criminal e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, tal como vem expresso nas orientações técnicas já existentes para estes e estas profissionais (vide, por exemplo, a orientação nº 6 da DGS). Nas acções de formação de mediadores/as é crucial que a recusa da prática seja feita com base em argumentário de direitos humanos e não apenas com referências culturais ou de bem-estar/saúde.

Ainda, a inclusão de profissionais de saúde que exercem no sector privado em acções de formação sobre o tema da MGF/C já que se sabe que, não raras vezes, as meninas/raparigas/mulheres submetidas à prática ou em risco de o ser não recorrem ao serviço nacional de saúde. Identificar entre estes profissionais um mecanismo de sinalização/registo de utentes com MGF/C.

Recomenda-se também a implementação de acções de formação-acção contínua sobre MGF/C para profissionais de saúde (do sector público e privado, quando possível) no contexto de hospitais, centros de saúde, saúde escolar e saúde pública, de modo a tornar operacional o fluxograma de actuação da DGS para situações de MGF/C em recém-nascida, criança e jovem, nomeadamente o preenchimento da ficha de sinalização e o registo na PDS e a potenciar um entendimento claro e comum sobre consentimento informado e sua desnecessidade em conformidade com o defendido pela Convenção de Istambul (art.º. 28 – sinalização pelos profissionais).

Mais, o investimento em acções de formação sobre MGF/C para agentes da PSP e guardas da GNR, numa primeira fase, nos concelhos que identificamos neste estudo como de maior prevalência de meninas/raparigas/mulheres já submetidas ao corte ou em risco de o ser. Sabemos que há um défice de conhecimento por parte dos dois órgãos de polícia criminal acima referidos relativamente ao guia de procedimentos elaborado pela Escola de Polícia Judiciária.

Ainda na área da formação, sugere-se a realização de pós-graduações sobre MGF/C para profissionais da educação e da psicologia ou a sua inserção nas pós-graduações ministradas pelas escolas superiores de saúde/enfermagem.

Seria igualmente importante a inclusão do tema das práticas tradicionais nefastas (MGF/C, casamento precoce/forçado, etc.) nos *curricula* académicos dos cursos de licenciatura e pós-graduação, não só da saúde, mas igualmente das ciências sociais, humanas e criminais. Esta recomendação vai ao encontro de medidas, antigas, previstas no I Programa de Acção para a Eliminação da MGF, mas que ainda não tiveram concretização.

Por último, recomenda-se a criação de cursos de formação profissional subsidiados, incluindo de liderança ou empreendedorismo, para mulheres das comunidades praticantes com estágio remunerado integrado em associações/ONG/IPSS que trabalhem o tema da MGF/C e/ou em estruturas de serviços públicos que integrem o grupo de trabalho do IIPAPEMGE.

Relativamente à área do *Conhecimento*, defende-se que a obrigação de registo na PDS advenha do estatuto profissional e não do vínculo contratual ao Estado ou ao sector privado.

Ainda no que diz respeito à Plataforma de Dados da Saúde, seria importante fazer um desdobramento da questão relativa ao âmbito em que a MGF/C foi detectada. Assim, sugerimos que passem a existir duas questões diferentes: uma em que se registe o contexto de observação/detecção da MGF/C (consulta – desagregada por especialidade; internamento; urgência); e outra onde se registe o contexto genérico da procura do serviço de saúde por parte da mulher (gravidez; puerpério; planeamento familiar; rotina; outras a definir). Adicionalmente, e ainda que a maioria dos casos detectados em Portugal se situe na região de Lisboa, será importante incentivar o reforço da participação de unidades de saúde de todo o país.

Sugerimos igualmente a inclusão na PDS de mais variáveis de natureza sociocultural, de modo a obter informação que dê indicações sobre os contextos onde a MGF/C é praticada e assim poder tornar a intervenção mais eficiente, particularmente no que diz respeito à informação e prevenção, tendo em vista as novas gerações.

Numa perspectiva mais técnica, seria importante tornar a sinalização de MGF/C mais “amigável” no écran inicial da ficha de utente.

Seria muito importante a observação dos genitais de meninas/meninos e rapazes/raparigas nas consultas de pediatria e saúde escolar como estratégia de monitorização/sinalização de MGF/C. A opção de

incluir-se os meninos/rapazes insere-se numa lógica mais alargada de prevenção dos maus-tratos e de não discriminação das meninas/raparigas (ver orientação 2 da DGS).

Ainda, recomenda-se a observação dos genitais de todas as raparigas/mulheres (e não apenas das pertencentes a grupos praticantes) nas consultas de rastreio do cancro do colo do útero e HPV como estratégia de monitorização/sinalização de MGF/C.

Ao nível da investigação sobre a temática, recomenda-se o desenvolvimento de projectos de investigação sobre a prevalência da MGF/C em grupos praticantes residentes em Portugal provenientes de Moçambique, do Peru e da Colômbia, realidade sobre a qual não há conhecimento nem a nível nacional, nem europeu. Por outro lado, o desenvolvimento de projectos de investigação que permitam perceber os efeitos da MGF/C na actuação e desempenho escolar das meninas/raparigas/mulheres.

Sugere-se ainda o reforço de linhas de financiamento que incentivem projectos de intervenção na área da MGF/C.

Tratando-se de um fenómeno relativamente oculto em Portugal, continuar a desenvolver metodologias e estudos que permitam, por um lado, monitorizar o fenómeno e, por outro lado, aprofundar a compreensão dos contextos socioculturais que permitem a prática e reprodução da MGF/C.

Finalmente, seria importante a integração de Portugal em redes de estudos europeus/internacionais de investigação com vista à identificação de uma metodologia comum que permita um registo de prevalência que possibilite a comparação.

No que diz respeito à área da *Cooperação*, importa estabelecer parcerias entre agrupamentos de escolas portuguesas e estruturas idênticas nos países e zonas de maior prevalência de MGF/C, designadamente através de programas de geminação e cooperação.

Seria também importante fomentar a realização de reuniões públicas com representantes das embaixadas e dos países com maior prevalência de MGF/C, das associações/ONG activas na eliminação da prática e de líderes religiosos locais/nacionais e internacionais.

Por último, recomenda-se a organização de encontros de reflexão e de troca de boas práticas entre os diversos agentes nacionais e internacionais no âmbito da prevenção e do apoio directo a meninas/raparigas/mulheres com MGF/C.

Numa perspectiva transversal a várias áreas, importa igualmente fazer uma avaliação do impacto das iniciativas já desenvolvidas e promover uma estratégia de assinatura pública das lideranças e mulheres que dizem “Não à MGF/C”, comprometendo-as com o Stop MGF em prol dos direitos das meninas, raparigas, mulheres e famílias.

## Bibliografia

- Associação para o Planeamento da Família [APF] (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina – Declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- BAGNOL, B., & MARIANO, E. (2012). *Gender, sexuality and vaginal practices*. DAA, FLCS, UEM.
- BANSAL, S., BRECKWOLDT, M., GREEN, S., & MBUGUA, S. (2013). *Female Genital Mutilation: Information for Health-Care Professionals Working in Ireland* (2nd edition). RCSI, HSE and AkiDWA. Disponível em <http://akidwa.ie/publications/2nd-Edition-FGM-Handbook-for-Healthcare-Professionals-in-Ireland.pdf>
- BARRETO, S., Cunha, V., VICENTE, L., & CAMPOS, A. (2013). Mutilação genital feminina: o que sabem os profissionais de saúde? *Acta Obstet Ginecol Port*, 7 (2), 89-94.
- BARROS, P. P., LISBOA, M., CEREJO, D., & BARRENHO, E. (2008). Health Care Costs of Domestic Violence Against Women – Evidence from Portugal. *SSRN*, 15.
- BRANCO, S. (2006). *Cicatrizes de mulher*. Lisboa: Público.
- BROWN, K., BEECHAM, D., & BARRETT, H. (2013). The Applicability of Behaviour Change in Intervention Programmes Targeted at Ending Female Genital Mutilation in the EU: Integrating Social Cognitive and Community Level Approaches, *Obstetrics and Gynecology International*, 2013.
- CAMPOS, A. (2010). Mutilação genital feminina - a importância de reconhecer e de saber como agir. *Acta Obstet Ginecol Port*, 4 (3), 152-156.
- CEREJO, S. (2014). *Viver sobrevivendo: emoções e dinâmicas socioculturais nos processos de manutenção das relações conjugais violentas*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais e humanas da Universidade Nova Lisboa.
- Comissão Europeia (2013). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a eliminação da mutilação genital feminina* COM(2013) 833.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR] (2014). *Mutilação Genital Feminina Manual de Procedimentos para CPCJ – Colaborar Ativamente na Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: CNPCJR.
- Council of Europe [CoE] (2011). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica*.

- Council of Europe [CoE] (2009). Recommendation 1868 of 28 April 2009 on Action to Combat Gender-Based Human Rights Violations, Including the Abduction of Women and Girls.
- CUNHA, M. I. (2013). Género, cultura e justiça: A propósito dos cortes genitais femininos. *Análise Social*, (209), 834-856.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2012). Orientação 005/2012 de 6/02/2012 sobre Mutilação Genital Feminina.
- DUBOURG, D., & RICHARD, F. (2014). Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Disponível em <http://www.strategies-concertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-Etude-Prevalence-Resume-04-02-2014-final.pdf>.
- DUBOURG, D., RICHARD, F., LEYE, E., NDAME, S., ROMMENS, T., & MAES, S. (2011). Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(4), 248-257.
- ELMUSHARAF, S., ELHADI, N., & ALMROTH, L. (2006). Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ*, 333, 1-5.
- Equality Now, City University London, UCL Elizabeth Garrett Anderson Institute for Women's Health, FORWARD (2012). *Report of a Research Methodological Workshop on Estimating the Prevalence of FGM in England and Wales*.
- Escola de Polícia Judiciária [EPJ] (2012). Mutilação Genital Feminina - Guia de Procedimentos para Órgãos de Polícia Criminal.
- European Institute for Gender Equality [EIGE] (2013a). *Current situation of Female genital mutilation – Country fact sheets*. Disponível em <http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>.
- European Institute for Gender Equality [EIGE] (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. European Union.
- European Institute for Gender Equality [EIGE] (2013b). *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. European Union.
- European Institute for Gender Equality [EIGE] (2013c). *Study to map the current situation and trends of FGM - Country reports*.
- European Parliament (2001). *European Parliament Resolution of 20 September 2001 on Female Genital Mutilation (2001/2035(INI))*.
- EXTERKATE, M. (2013). Female genital mutilation in the Netherlands - prevalence, incidence and determinants. Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees. Disponível em <http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/vrouwelijkegenitaleverminkingin nederland-finalreportfgminnl1.pdf>



- FRADE, A. (coord.) (2007). *Por nascer mulher... um outro lado dos direitos humanos*. Lisboa: APF.
- FRADE, A., & GONÇALVES, Y. (s.d.). *Mutilação Genital Feminina: Direitos Humanos de Mulheres e Crianças [folha de dados]*.
- GONÇALVES, Y. (2005). *Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: APF.
- Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina (s.d.). *II Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina no âmbito do IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação (2011-2013)*.
- HINAI, Habiba Al (2014). Female genital mutilation in the Sultanate of Oman. Disponível em <https://stopfgmmiddleeast.files.wordpress.com/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>.
- Istituto Piepoli (2009). Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia. Disponível em [http://www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti\\_vari/UserFiles/Il\\_Dipartimento/report\\_mgf\\_piepoli.pdf](http://www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/Il_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf).
- KŐSZEGHY, L. (2012). FGM prevalence in Hunagry – estimation. Disponível em <http://mona-alapitvany.hu/wp-content/uploads/2012/11/fgm-prevalence-in-hungary-estimation.pdf>
- LISBOA, M. (no prelo). Do privado ao público: os caminhos da igualdade de género nas últimas quatro décadas em Portugal. In G. Rocha & A. Borralho (Eds.), *Revolução e Democracia: 40 anos após Abri de 1974*. S. Miguel: Universidade dos Açores.
- LISBOA, M., BARROSO, Z., & MARTELEIRA, J. (2003). *O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal*. Lisboa: CIDM.
- LISBOA, M., BARROSO, Z., PATRÍCIO, J., & LEANDRO, A. (2009). *Violência e Género - Inquérito Nacional sobre a Violência Contra as Mulheres e Homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- LISBOA, M., CARMO, I., VICENTE, L., NÓVOA, A., BARROS, P. P., SILVA, S. M., ROQUE, A., & AMÂNDIO, S. (2006). *Prevenir ou Remediar - Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: Colibri.
- LISBOA, M., CASTRO, Z. O., JESUS, I. H., CRESPO, J., SANTOS, T., CEREJO, D., SANTANA, R., CUNHA, S., CAPELLA, D., & LUÍS, A. A. (2013). *Rupturas, Emoções, Sentimentos e Desigualdades de Género*. Lisboa: Colibri.
- LISBOA, M., CEREJO, S., & FAVITA, A. (2008). *Inquérito Violência de Género – Região Autónoma dos Açores*. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais – Governo Regional dos Açores.

- MACFARLANE, A., & DORKENOO, E. (2014). *Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated statistical estimates of the numbers of affected women living in England and Wales and girls at risk. Interim report on provisional estimates*. London: City University London & Equilty Now. Disponível em <http://www.equalitynow.org/sites/default/files/FGM%20EN%20City%20Estimates.pdf>.
- MACKIE, G. (2000). Female genital cutting: the beginning of the end. In B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (Ed.), *Female "circumcision" in Africa* (pp. 253-282).
- MARTINGO, C. (2009). *O corte dos genitais femininos em Portugal: o caso das guineenses*. Lisboa: ACIDI.
- OBERREITER, J. A. (2008). *A cut for lifetime. The case of female genital mutilation among the community of Guinea Bissau in Lisbon*. Dissertação de Mestrado em Direitos Humanos e Democratização. Faculdade de Direito da Universidade Nova Lisboa.
- Orchid Project (2013). India and Pakistan country file. Disponível em <http://orchid-project.org/wp-content/uploads/2013/02/Bohra-India-and-Pakistan-Final1.pdf>.
- OTOO-OYORTEY, N. (2007). Mutilação genital feminina. Uma preocupação da saúde e direitos sexuais e reprodutivos. In A. Frade (Coord.), *Por nascer mulher... um outro lado dos direitos humanos* (pp. 10-15). Lisboa: APF.
- PARSONS, T. (1964). *The Social System*. New York: The Free Press.
- P&D Factor & Camões-ICL (2014). Contributos para o mundo pós 2014-2015: Mutilação Genital Feminina e outras Práticas Tradicionais Nefastas na Agenda pós-2015.
- RAYMOND, H. F., ICK, T., GRASSO, M., VAUDREY, J., & MCFARLAND, W. (2007). *Guia de recursos: amostragem por tempo-local (TLS)*.
- RUSSELL, A. M. (2012). Glenda Tibe Bonifacio and Vivienne SM. Angeles. Gender, Religion and Migration. Pathways to Integration. Lanham: Lexington B, 2010. *Women's Studies*, 41(6), 760-763.
- Terre des Femmes (2013). *Dunkelzifferstatistik zur weiblichen Genitalverstümmelung in Deutschland*. Disponível em <http://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Statistik-FGM.pdf>
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2013). *Female genital mutilation/cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF.
- United Nations General Assembly (1993). Declaration on the elimination of violence against women.
- United Nations General Assembly (1979). Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW).

- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR] (2014). *Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union. A Statistical Update (March 2014)*. Brussels/Geneva: UNHCR Bureau for Europe.
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR] (2013). *Too Much Pain: Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union - A Statistical Overview*, February 2013.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR] (1995). *Fact Sheet No. 23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*. Disponível em <http://www.refworld.org/docid/479477410.html>.
- United Nations Population Fund [UNFPA] (2011). *Proyecto embera-wera – Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación femenina en Colombia – America Latina*.
- VICENTE, L. (2007). *Intervenção de profissionais de saúde em mulheres sujeitas a Mutilação Genital Feminina (MGF)/Corte dos Genitais Femininos (CGF)*. In A. Frade (Coord.), *Por nascer mulher... um outro lado dos direitos humanos* (pp. 81-92). Lisboa: APF.
- World Health Organization [WHO] (2009). *Mutilação Genital Feminina. Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde – Manual de Formação*. Lisboa: APF.
- World Health Organization [WHO] (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*.
- World Health Organization [WHO] (2000). *Female genital mutilation. A handbook for frontline workers*. Geneva: WHO.
- YODER, P. S., & WANG, S. (2013). *Female Genital Cutting: The Interpretation of Recent DHS Data*. DHS Comparative Reports No. 33. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- YODER, P. S., CAMARA, P. O., & SOUMAORO, B. (1999). *Female Genital Cutting and Coming of Age in Guinea*. Calverton, Maryland, U.S A.: Macro International Inc.

## ANEXOS

### Idade das meninas e mulheres (15-49 anos) aquando da MGF/C por país

País	Ano	Fonte	Idade aquando do corte (%)				
			0-4	5-9	10-14	15+	Omisso / não sabe
Benim	2006	DHS	49	25	19	4	3
Burkina Faso	2010	DHS/MICS	60	28	9	2	1
Camarões	2004	DHS	21	47	22	4	6
Centro-Africana (República)	2010	MICS	1	19	60	11	8
Chade	2010	MICS	14	38	35	4	9
Costa do Marfim	2006	MICS	55	17	18	8	1
Egipto	2008	DHS	2	38	52	2	6
Eritreia	2002	DHS	75	15	0,1	9	0,2
Etiópia	2005	DHS					
Gâmbia	2010	MICS	57	18	7	1	17
Gana	2011	MICS	34	18	20	11	17
Guiné	2005	DHS	36	32	27	3	3
Guiné-Bissau	2010	MICS/RHS	43	29	11	3	14
Iémen	1997	DHS	---	---	---	---	---
Iraque	2011	MICS	27	40	6	1	26
Libéria	2007	DHS	---	---	---	---	---
Mali	2010	MICS	71	13	8	1	8
Mauritânia	2011	MICS	93	1	0,2	0	6
Niger	2006	DHS/MICS	65	17	11	1	6
Nigéria	2011	MICS	66	7	5	7	16
Quênia	2008-2009	DHS	2	23	42	29	4
Senegal	2010-2011	DHS/MICS	71	14	6	1	8
Serra Leoa	2010	MICS	2	14	41	25	18
Somália	2006	MICS	---	---	---	---	---
Sudão	2010	SHHS	---	---	---	---	---
Tanzânia	2010	DHS	39	18	22	19	2
Togo	2010	MICS	17	15	39	23	7
Uganda	2011	DHS	---	---	---	---	---

Fonte: UNICEF (2013).

Quadro-resumo das principais características dos estudos de prevalência de MGF/C realizados na União Europeia

País	Data da publicação	Prevalência	Mulheres naturais de países praticantes (15-49 anos)	% de mulheres afectadas	Meninas que foram ou serão submetidas à MGF (/em risco)	Ano de referência dos dados	Metodologia	Publicação	Comentários
Suécia	2015	---	---	---	---	---	---	---	EM CURSO
Portugal	2015	5.246	10.617	49	1.830	2011	(ver relatório)		
Reino Unido	2014	137.000	282.989	48	10.000	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulheres originárias de países praticantes (Censos 2011)</li> <li>Registos de nascimentos</li> <li>Método de extrapolação</li> <li>Desagregação por grupo etário (15-49 e 50+)</li> <li>Cálculo adicional excluindo grupos étnicos não praticantes</li> <li>Não usam o conceito de risco para as meninas (0-14) mas o de já foram/serão submetidas a MGF</li> <li>Não é tido em conta o efeito da migração</li> </ul>	Macfarlane, Alison; Dorkenoo, Efu (2014). Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated statistical estimates of the numbers of affected women living in England and Wales and girls at risk. Interim report on provisional estimates. London: City University London & Equality Now. Disponível em <a href="http://www.equalitynow.org/sites/default/files/FGM%20EN%20City%20Estimates.pdf">http://www.equalitynow.org/sites/default/files/FGM%20EN%20City%20Estimates.pdf</a>	
Bélgica	2014	13.112	48092 (*)	27	4.084	2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fontes: mulheres residentes originárias de países praticantes (Direction générale statistique); pedidos de asilo de 2012 (Office des Etrangers); nascimentos entre 1998 e 2012 com mães provenientes de países praticantes (ONE e K&amp;G)</li> <li>Considera-se em risco as meninas e mulheres de 2ª geração (nascidas fora dos países praticantes) sem ter em conta a idade</li> <li>Método de extrapolação da prevalência por grupo etário</li> <li>Desagregação por região</li> <li>Não são indicados os países considerados (28)</li> <li>Não são apresentados os valores por grupo etário</li> <li>Não foram considerados: mulheres não documentadas, grupo étnico, influência da migração, impacto da lei, etc.)</li> </ul> <p>(*) Número de mulheres nascidas em países praticantes e suas filhas - % não é comparável com a portuguesa</p>	Dubourg D., Richard F. (2014). Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Disponível em <a href="http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-Etude-Prevalence-Resume-04-02-2014-final.pdf">http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-Etude-Prevalence-Resume-04-02-2014-final.pdf</a>	Informação retirada da publicação e do site do EIGE. Disponível em <a href="http://eige.europa.eu/content/%C3%A9tude-de-pr%C3%A9valence-des-femmes-exc%C3%A9e-et-des-filles-%C3%A0-ri%C3%A9e-d%E2%80%99excision-en-belgique">http://eige.europa.eu/content/%C3%A9tude-de-pr%C3%A9valence-des-femmes-exc%C3%A9e-et-des-filles-%C3%A0-ri%C3%A9e-d%E2%80%99excision-en-belgique</a>
Holanda	2013	29.120	69769 (*)	42	557-3477	2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fontes: mulheres provenientes de países praticantes e 2ª geração (Dutch Central Statistical Office), pedidos de asilo em 2012 (Central Agency for the Reception of Asylum Seekers)</li> <li>29 países</li> <li>Extrapolação corrigida por cenários</li> <li>A desagregação por idade é diferente da normalmente utilizada</li> </ul> <p>(*) Número de mulheres de todas as idades - % não é comparável com a portuguesa</p>	Exterkate, M. (2013). Female genital mutilation in the Netherlands - prevalence, incidence and determinants. Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees. Disponível em <a href="http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/vrouwelijkegenitaleverminkinginederland-finalreportfgminnl1.pdf">http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/vrouwelijkegenitaleverminkinginederland-finalreportfgminnl1.pdf</a>	
Alemanha	2013	24.997	91202 (*)	27	2.500	2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>28 países</li> <li>Meninas e mulheres com nacionalidade dos países praticantes (German Statistical Office)</li> <li>Método de extrapolação da prevalência - global (com base nos dados da UNICEF) com recurso à idade mediana aquando do corte</li> <li>Meninas em risco são as que estão abaixo da idade mediana do corte e prevalência as meninas e mulheres que estão acima desse limiar</li> <li>Não são apresentados dados por escalão etário</li> <li>Cálculos feitos com base na prevalência global e não na prevalência por escalão etário</li> <li>Não são tidas em conta as mulheres naturalizadas</li> <li>Não foi considerado o lémen</li> </ul> <p>(*) Número de mulheres acima da idade mediana - % não é comparável com a portuguesa</p>	Terre des Femmes (2013). Dunkelzifferstatistik zur weiblichen Genitalverstümmelung in Deutschland. Disponível em <a href="http://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Statistik-FGM.pdf">http://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Statistik-FGM.pdf</a>	Informação retirada do site do EIGE uma vez que o relatório está em alemão. Disponível em <a href="http://eige.europa.eu/content/dunkelzifferstatistik-zur-weiblichen-genitalverst%C3%BCmmelung-in-deutschland">http://eige.europa.eu/content/dunkelzifferstatistik-zur-weiblichen-genitalverst%C3%BCmmelung-in-deutschland</a>
Irlanda	2013	3.780	10636 (*)	36	---	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Censos 2011</li> <li>Mulheres residentes originárias de países praticantes</li> <li>Método de extrapolação da prevalência (global)</li> <li>Não é usada nem apresentada informação por grupo etário</li> <li>Apenas são consideradas as mulheres com 15-44 anos</li> <li>Apenas consideram 24 países (não é dada informação se os outros 5 não são considerados por não haver nenhuma mulher proveniente daí)</li> </ul> <p>(*) Apenas mulheres dos 15-44 anos - % não é comparável com a portuguesa</p>	Bansal, S., M. Breckwoldt, S. O'Brien Green and S. Mbugua (2013). Female Genital Mutilation: Information for Health-Care Professionals Working in Ireland (2nd edition). RCSI, HSE and AkiDwa. Disponível em <a href="http://akidwa.ie/publications/2nd-Edition-FGM-Handbook-for-Healthcare-Professionals-in-Ireland.pdf">http://akidwa.ie/publications/2nd-Edition-FGM-Handbook-for-Healthcare-Professionals-in-Ireland.pdf</a>	
Hungria	2012	170-350	---	---	---	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fontes: mulheres estrangeiras, refugiadas, ao abrigo de protecção temporária e residentes em centros de recepção de imigrantes (Office of Immigration and Nationality)</li> <li>Extrapolação da prevalência global</li> <li>São apenas consideradas estrangeiras, ou seja, com nacionalidade não húngara</li> <li>Sem dados para 2ª geração</li> <li>Sem desagregação por grupo etário nem país de origem</li> </ul>	Kőszeghy, L. (2012). FGM prevalence in Hungary - estimation. Disponível em <a href="http://mona-alapitvany.hu/wp-content/uploads/2012/11/fgm-prevalence-in-hungary-estimation.pdf">http://mona-alapitvany.hu/wp-content/uploads/2012/11/fgm-prevalence-in-hungary-estimation.pdf</a>	
Itália	2009	35.000	110000 (*)	32	1.100	2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulheres legais residentes (não se indica a fonte) provenientes de 26 países africanos</li> <li>Extrapolação (não se explica como)</li> <li>Factor de ponderação na extrapolação encontrado através das entrevistas (sem critério explícito)</li> <li>Desagregação por região</li> <li>Meninas em risco diz respeito a menores de 17 anos</li> <li>Não é feita desagregação por idade nem por país de origem</li> <li>Metodologia utilizada não é clara</li> </ul> <p>(*) Número de mulheres naturais daqueles países independentemente da idade - % não é comparável com a portuguesa</p>	Istituto Piepoli (2009). Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia. Disponível em <a href="http://www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/Il_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf">http://www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/Il_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf</a>	



## Dados relativos aos questionários aos homens

### A MGF/C é uma boa prática?

	Frequência	%
Não	33	94,3
Sim	2	5,7
Total	35	100
Sem informação	1	
Total	36	

### Em Portugal as comunidades migrantes realizam a MGF/C?

	Frequência	%
Não	16	45,7
Não sabe	4	11,4
Sim	15	42,9
Total	35	100
Sem informação	1	
Total	36	

### A emigração contribui para a diminuição da MGF/C?

	Frequência	%
Não	8	22,9
Sim	27	77,1
Total	35	100
Sem informação	1	
Total	36	

### Existência de alguma mulher ou menina submetida à MGF/C na sua família

	Frequência	%
Não	27	81,8
Sim	6	18,2
Total	33	100
Sem informação	3	
Total	36	

**A MGF/C é mais valorizada pelos homens ou pelas mulheres?**

	Frequência	%
Ambos	3	8,8
Homens	20	58,8
Mulheres	2	5,9
Nenhum	9	26,5
Total	34	100
Sem informação	2	
Total	36	



## Índice de quadros

Quadro 1. Prevalência de MGF/C nos países de origem, por escalão etário (%)	34
Quadro 2. Mulheres estrangeiras residentes em Portugal por nacionalidade e distrito, 2013 (N)	37
Quadro 3. Pedidos de asilo em Portugal por nacionalidade, sexo e menores nãoacompanhados, 2014 (N)	38
Quadro 4. Mulheres residentes por nacionalidade e distrito de residência, 2011 (N)	41
Quadro 5. Mulheres residentes por naturalidade e distrito de residência, 2011 (N)	42
Quadro 6. Caracterização dos dados das fontes consideradas	48
Quadro 7. Mulheres residentes em Portugal provenientes de países onde a MGF/C é praticada, por naturalidade e grupo etário (N)	49
Quadro 8. Prevalência de MGF/C em Portugal (N), a partir do recenseamento geral da população (2011) e dos dados da UNICEF, por naturalidade e grupo etário	51
Quadro 9. Prevalência de MGF/C em Portugal (N e %)	52
Quadro 10. Prevalência de MGF/C em Portugal por país de origem e grupo etário	53
Quadro 11. Distribuição por tipo de corte de meninas e mulheres dos 15 aos 49 anos (%)	55
Quadro 12. Distribuição por tipo de corte de meninas e mulheres dos 15 aos 49 anos, em Portugal (N)	57
Quadro 13. Prevalência da MGF/C em Portugal (mulheres com 15 e mais anos) por tipologia de países de origem (N e %)	59
Quadro 14. Mulheres provenientes de países praticantes residentes em Portugal e prevalência de MGF/C em Portugal por distrito (N)	60
Quadro 15. Prevalência de MGF/C no distrito de Lisboa por município (N)	61
Quadro 16. Prevalência de MGF/C no distrito de Setúbal por município (N)	62
Quadro 17. Prevalência de MGF/C no distrito de Faro por município (N)	63
Quadro 18. Prevalência de MGF/C no distrito do Porto por município (N)	64
Quadro 19. Meninas residentes em Portugal e meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C (N)	68

Quadro 20. A MGF/C é uma boa prática?	84
Quadro 21. Em Portugal as comunidades migrantes realizam a MGF/C?	84
Quadro 22. A emigração contribui para a diminuição da MGF/C?	84
Quadro 23. Existência de alguma mulher ou menina submetida à MGF/C na sua família	85
Quadro 24. Foi submetida à prática da MGF/C?	85
Quadro 25. Tenciona submeter as suas filhas à prática?	76
Quadro 26. A MGF/C é mais valorizada pelos homens ou pelas mulheres?	86
Quadro 27. Instituição de registo dos casos	137
Quadro 28. Estatísticas descritivas da idade das mulheres sinalizadas	138
Quadro 29. País de origem das mulheres sinalizadas	138
Quadro 30. Estatísticas descritivas da idade das mulheres aquando da MGF/C	139
Quadro 31. Estatísticas descritivas da idade das mulheres aquando da MGF/C por país de origem	140
Quadro 32. Tipo de corte	141
Quadro 33. Tipo de corte por país de origem	141
Quadro 34. Complicações	142
Quadro 35. Âmbito	143

### Índice de figuras

Figura 1. Percentagem de meninas e mulheres (15-49 anos) que foram submetidas à MGF/C por país	24
Figura 2. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito de Lisboa por município, 2011 (%)	44
Figura 3. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito de Setúbal por município, 2011 (%)	45
Figura 4. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito de Faro por municípios, 2011 (%)	46
Figura 5. Mulheres naturais de países praticantes residentes no distrito do Porto por município, 2011 (%)	47



A mutilação genital feminina (MGF) ou corte dos genitais femininos (CGF) é reconhecidamente uma grave violação dos direitos humanos das mulheres de todas as idades. Entendemos a temática em causa como um claro problema social que assenta em questões de discriminação e estigmatização com base no género, enraizadas em assimetrias de poder, reflectindo uma das muitas formas de violência contra as mulheres – física, psicológica, sexual – e com nefastas consequências para a saúde, educação e empoderamento das crianças, jovens e mulheres vítimas desta prática.

