

Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

Relatório Final

Março de 2015

Equipa de investigação

Manuel Lisboa (coordenação)

Dalila Cerejo

Ana Lúcia Teixeira

Ricardo Santana

Alexandra Alves Luís

Ana Belinda Teixeira

Cadidjatu Baldé

Catarina Moreira

Gabriela Moita

Maria do Rosário Oliveira Martins

Tcherno Baldé

Consultoras

Alice Frade

Elisabete Brasil

Índice

AGRADECIMENTOS	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO	7
2.1. CONDIÇÕES LOGÍSTICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: PLATAFORMA ONLINE	7
2.2. DESCRIÇÃO DAS TAREFAS	9
3. ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE MGF/C	16
4. PREVALÊNCIA DE MGF/C EM PORTUGAL	32
4.1. IDENTIFICAÇÃO E CRÍTICA DAS FONTES E OPÇÕES METODOLÓGICAS	32
4.2. PREVALÊNCIA DE MGF/C EM PORTUGAL	45
4.3. MENINAS QUE FORAM OU SERÃO SUBMETIDAS A MGF/C	58
4.3.1. Explicação de conceitos	58
4.3.2. Cálculo do número de meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C.....	61
4.4. A MGF/C NO CONTEXTO DA UNIÃO EUROPEIA	63
5. A PRÁTICA DA MGF/C: CONTEXTOS E CARACTERÍSTICAS.....	69
5.1. OS INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS PARA A RECOLHA DE DADOS.....	69
5.2. PRÁTICAS DE MGF/C E CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS	73
5.2.1. Características socioculturais das pessoas inquiridas	73
5.2.2. As mulheres e a prática da MGF/C	74
5.2.3. Percepções e representações sociais dos homens	77
6. CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS: DINÂMICAS, PROCESSOS, MODELOS E VALORES	80
6.1. ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS E ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	80
6.2. O CONTEXTO SOCIOCULTURAL DA PRÁTICA DA MGF/C A PARTIR DAS MULHERES... 82	
6.2.1. Identificação das dimensões da análise do conteúdo das entrevistas em profundidade aplicadas a mulheres de países onde a MGF/C é praticada	82
6.2.2. Percepções e representações sobre a MGF/C.....	84
6.2.3. Representações sobre a manutenção da MGF/C	87
6.2.4. A prática da MGF/C em Portugal	89
6.2.5. As campanhas sobre a MGF/C.....	91
6.2.6. Emigração e prática da MGF/C.....	92
6.2.7. A prática da MGF/C e os seus tipos.....	93
6.2.8. A prática da MGF/C e os/as intervenientes diretos/as	94
6.2.9. A prática da MGF/C e a saúde	96
6.2.10. A reprodução da prática da MGF/C no futuro	97
6.3. A MGF/C VISTA A PARTIR DOS HOMENS	98
6.3.1. Identificação das dimensões da análise do conteúdo das entrevistas em profundidade aplicadas a homens de países onde a MGF/C é praticada	98
6.3.2. Percepções e representações sobre a MGF/C.....	99

6.3.3. A manutenção da MGF/C	101
6.3.4. A prática da MGF/C em Portugal	102
6.3.5. Campanhas sobre a MGF/C	104
6.3.6. Emigração e prática da MGF/C	105
6.3.7. A MGF/C e o contexto familiar	106
6.3.8. A MGF/C: prática e reprodução futura	107
6.3.9. Consequências para a saúde	108
6.3.10. Visão dos homens em relação à prática da MGF/C na mulher/esposa	110
6.4. A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	111
6.4.1. Conhecimento e representações sobre MGF/C	113
6.4.2. Sensibilização de outros profissionais de saúde para a MGF/C	115
6.4.3. Formação e sensibilização dos profissionais de saúde	116
6.4.4. O papel dos/as profissionais de saúde na erradicação da MGF/C	118
6.4.5. Percepção da prática da MGF/C em Portugal	119
6.4.6. Conhecimento do protocolo de actuação da DGS	122
6.4.7. Conhecimento da legislação portuguesa que enquadra a prática da MGF/C	123
6.4.8. A Plataforma de Dados da Saúde para inserção dos casos de mulheres com MGF/C ...	124
<u>7. CASOS DE MGF/C REGISTADOS: PLATAFORMA DE DADOS DA SAÚDE</u>	<u>126</u>
<u>8. RECOMENDAÇÕES</u>	<u>132</u>
<u>9. BIBLIOGRAFIA</u>	<u>137</u>
<u>10. ANEXOS</u>	<u>142</u>
10.1. PLATAFORMA DE TRABALHO DO PROJETO	143
10.2. IDADE DAS MENINAS E MULHERES (15-49 ANOS) AQUANDO DA MGF/C POR PAÍS ..	145
10.3. QUESTIONÁRIOS	146
10.4. GUIÕES DE ENTREVISTA	152
10.5. QUADRO DE COMPARAÇÃO DOS ESTUDOS DE PREVALÊNCIA NA UE	168

Agradecimentos

Este estudo decorreu durante um ano e a investigação esteve a cargo de uma equipa pluridisciplinar, envolvendo investigadores de universidades e técnicos de 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 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 conosco colaboraram e que foram incedíveis no apoio a esta investigação: à 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, DGS), António Carlos Silva (Médico, AJPAS), Yasmin Gonçalves (Psicóloga, P&D Factor), Eneida Injai Queta e Fatumata Djaú Baldé (Presidente do CNAPN).

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 relatório agora apresentado sobre ‘Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação’, refere-se a um projeto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e desenvolvido por uma equipa do CESNOVA/CICS.NOVA da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

O projeto atrás referido tinha como objectivos:

1. avaliar a prevalência de MGF em Portugal relativamente às meninas, raparigas e mulheres vitimizadas, por tipo de mutilação (tipologia da OMS);
2. avaliar a prevalência de meninas em risco de MGF, por tipo de mutilação;
3. 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;
4. analisar qualitativamente as representações sociais das comunidades relativamente a estas práticas;
5. avaliar qualitativamente a percepção das comunidades sobre o conhecimento e adequação das políticas públicas nacionais existentes com vista à sua eliminação;
6. avaliar qualitativamente a estrutura de respostas clínicas e a percepção de profissionais de saúde relativamente ao seu conhecimento da MGF e à sua intervenção;
7. produzir recomendações relativamente à eliminação da MGF em Portugal.

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 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 Faculdade de

Ciências e Tecnologia (FCT), da Universidade Nova de Lisboa, da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC) e União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR).

Desde logo, três sociólogos/as da Universidade Nova de Lisboa, pertencentes ao Observatório Nacional de Violência e Género (CesNova), 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 efetivo no domínio da MGF (Alice Frade).

Tendo a MGF uma componente significativa na área da Saúde é também de salientar a inclusão na equipa 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 as mulheres que submetidas à MGF.

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, da SPSC).

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

Foi igualmente muito importante a participação de outros investigadores com conhecimento direto sobre esta realidade, como Alexandra Alves Luís, Cadidjatu Baldé e Tchernobaldé.

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 foi obrigada a seguir bem como dos instrumentos metodológicos usados, particularmente na recolha de dados e crítica das fontes bem como no seu tratamento e análise.

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 indiretos de observação.

O presente relatório foi organizado em oito capítulos, pretendendo esta introdução explicitar o quadro institucional e as condições para o desenvolvimento do projeto, ao nível dos objectivos, da equipa de investigação e da metodologia. No capítulo seguinte, descrever-se-á o desenvolvimento do trabalho em relação às tarefas previstas inicialmente. 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, no capítulo 4 calcula-se a prevalência da MGF/C em Portugal, utilizando o método da extrapolação da prevalência de MGF/C nos países onde ela está identificada. Segue-se o capítulo 5 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 6, 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 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, e de acordo com o que estava definido inicialmente nos objectivos do projeto, é elaborado um conjunto de recomendações consideradas fundamentais para a continuação do combate e prevenção da MGF/C, que contemplam a prevenção, a formação, o conhecimento e a cooperação.

2. Desenvolvimento do trabalho

O trabalho realizado teve início a 1 de Março de 2014, de acordo com a aprovação da Fundação para a Ciência e a Tecnologia obedecendo a um período de execução de 12 meses, cujas atividades serão descritas em seguida, de acordo com a calendarização proposta inicialmente.

Calendarização das tarefas do projeto (cf. proposta inicial)

		meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
tarefas	1. Estado da arte e levantamento bibliográfico		■	■										
	2. Construção da metodologia para quantificação do fenómeno à escala nacional				■	■								
	3. Construção das entrevistas					■	■							
	4. Relatório intercalar							■						
	5. Recolha de informação quantitativa e aplicação de entrevistas em profundidade								■	■	■			
	6. Tratamento dos dados											■	■	
	7. Relatório final													■

2.1. Condições logísticas para o desenvolvimento do trabalho: plataforma online

Para que o trabalho da equipa decorresse da forma mais eficiente, foi criada uma plataforma de trabalho *online* que permitiu a partilha de ficheiros e de todo o tipo de informação entre os membros da equipa. Esta plataforma funciona através de acesso reservado, apenas disponível após a atribuição de credenciais (nome de utilizador e senha) a cada elemento devidamente autorizado a aceder à plataforma. Possibilita que todos/as tenham acesso imediato ao que vai sendo disponibilizado, sejam informações ou documentos considerados como importantes para o desenvolvimento do projeto e que é o início de uma base de conhecimento

sobre a temática da MGF/C a continuar a ser desenvolvida no futuro e a abrir a investigadores/as e outros/as intervenientes neste domínio¹.



Esta plataforma está organizada em duas áreas distintas: “Listagens” e “Documentos” (ver anexo).

Dentro do item “Listagens” são disponibilizadas ligações para a bibliografia², fontes³ com informação relevante, listagem de associações e lista de contactos⁴ considerados como estratégicos para o projeto. A página reservada aos membros da equipa inclui a listagem de todos os elementos com a respectiva ligação institucional e contactos. Tratando-se de um projeto com uma equipa pluridisciplinar (de diferentes instituições académicas, elementos de organizações da sociedade civil e agentes da área da saúde e educação considerados/as como estratégicos/as ao

¹ O acesso é feito através de uma área reservada no site do ONVG (<http://onvg.fcsh.unl.pt/>), à qual cada membro da equipa, seja investigador/a ou consultor/a, desde que devidamente credenciado/a, pode aceder. O website é compatível com dispositivos móveis, não existindo uma versão específica para os mesmos. Após efectuado o login, surge no site do ONVG um novo menu denominado “MGF”, o qual clicando remete o/a utilizador/a para o endereço da referida plataforma.

² No tópico “Bibliografia” encontra-se uma listagem de todas as referências bibliográficas importantes para a temática. Sempre que possível é disponibilizado o *link* direto para o *website* onde se pode aceder à referência. Quando tal não é possível, o documento em formato digital é carregado na plataforma do *site* do ONVG e disponibilizado através de *link* interno. Estão disponibilizadas 85 referências e praticamente todas têm acesso direto através desta página.

³ De modo a cumprir os objetivos propostos, foi necessário realizar o levantamento e crítica das fontes existentes, tanto nacionais como internacionais. Desta tarefa resultou uma listagem de fontes de dados relativamente ao número de mulheres estrangeiras residentes em território nacional, provenientes de países onde a MGF/C está documentada, entre outros. Esta listagem, com os respectivos *links* a remeterem para as bases de dados, encontra-se disponível através do *link* “Fontes” na área das listagens.

⁴ Na listagem de contactos podemos encontrar todos os contactos de elementos e organizações, nacionais e internacionais relevantes para a temática. Estão incluídos nesta listagem: associações, grupos informais, informadores/as privilegiados/as na área, redes universitárias, institutos lusófonos e organizações europeias, entre outros, que trabalham, trabalharam ou desenvolveram estudos na área da MGF/C.

desenvolvimento dos objectivos da investigação), esta listagem assume-se como essencial ao bom desenrolar do trabalho em equipa.

Na área “Documentos” são disponibilizadas ligações para os resumos dos principais documentos da bibliografia, os documentos de trabalho, os documentos do projeto e uma secção com notícias, filmes, reportagens e outros materiais relacionados com a MGF/C⁵.

A descrição técnica do projeto, o resumo, entre outros, ficaram igualmente disponíveis através do *link* “Documentos do projecto”, de modo a que estivessem sempre acessíveis e disponíveis a todos os elementos os objectivos iniciais e a proposta que foi apresentada.

Finalmente, foi criada uma secção onde são disponibilizadas reportagens, notícias, campanhas e outras ligações, todas elas relacionadas com a MGF/C. Permite, desta forma, agregar num único sítio todas as fontes de informação, em formato de texto, som ou vídeo, que têm vindo a ser criadas com o objectivo de informar a população sobre esta prática ou trabalhar na sua eliminação. Foi dado particular enfoque aos conteúdos nacionais.

2.2. Descrição das tarefas

1. Estado da arte e levantamento bibliográfico

Projeto: “Dever-se-á fazer um estado da arte onde serão descritos os avanços ao nível do conhecimento nesta área, relativos às práticas e ao enquadramento sociocultural das ocorrências. Deverá igualmente incluir-se uma definição do que é a MGF, quais os seus tipos e implicações”.

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, também disponíveis na plataforma de trabalho, 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. Nesse

⁵ Nos resumos são disponibilizadas as fichas de leitura/crítica dos documentos, em formato PDF, os quais apresentaremos mais à frente. Nos documentos de trabalho são disponibilizados todos aqueles nos quais a equipa foi trabalhando como sejam os guiões de entrevista, bases de dados, relatórios, etc.

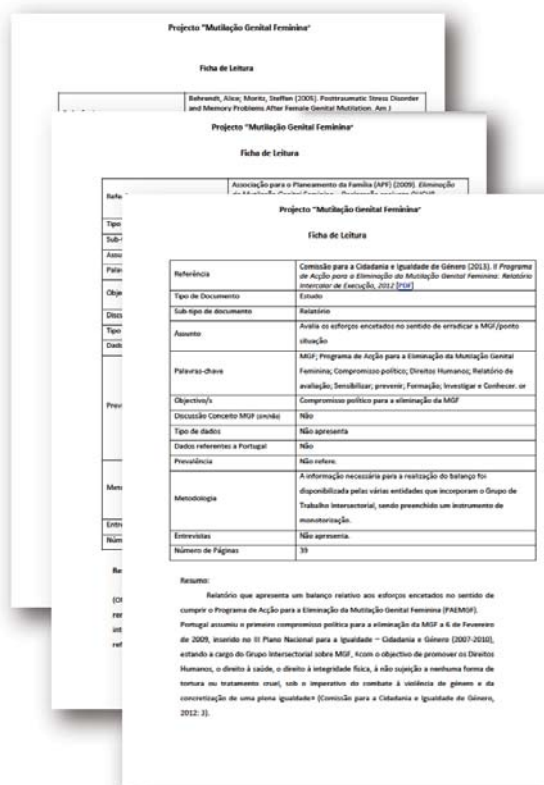
sentido, foi construída uma grelha de análise dessas referências bibliográficas que será apresentada mais adiante.

Ainda no que diz respeito ao estado da arte, a equipa de investigação concentrou esforços na definição conceptual da MGF/C a utilizar neste projeto, partindo da definição e das tipologias da Organização Mundial de Saúde, que tem 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 efetuar. 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.

De modo a cumprir com os objectivos propostos no presente ponto, procedeu-se à recolha, indexação e análise das referências bibliográficas relacionadas com a temática da MGF/C e as questões metodológicas que deram suporte à construção da metodologia a ser utilizada. Assim, foi criada uma listagem das referências bibliográficas, que foi sendo atualizada no decurso do projeto, e que conta com cerca de 85 referências.

Sendo o nosso principal objectivo o estudo da prevalência da MGF/C em Portugal, realizámos uma análise cuidada à bibliografia existente procurando identificar a existência de dados relativamente à prevalência deste fenómeno nos panoramas nacional e internacional.

Como referido, para as referências mais importantes realizámos fichas individuais de leitura, que partiram de uma leitura aprofundada de cada um dos documentos e onde procurámos categorizar e referenciar aspectos como: a existência de dados quantitativos, o seu tipo, o local/região/país a que se referem, as prevalências apresentadas e metodologias utilizadas. Identificámos igualmente as palavras-chave para cada referência, permitindo-nos criar um índice de documento segundo os temas ou assuntos que abordam. Além de tudo isto, em cada uma das fichas, encontra-se presente um resumo e análise crítica dos textos, salientando os pontos mais importantes para o desenvolvimento da investigação.



As tarefas relativas a este ponto do programa de trabalho foram efectuadas na sua totalidade.

2. Construção da metodologia para quantificação do fenómeno à escala nacional

Projeto: “Nesta fase serão realizadas entrevistas exploratórias a informadores privilegiados que possam apoiar as opções metodológicas a tomar. Deverão ser incluídos profissionais de saúde, membros de associações de imigrantes e mulheres vítimas de MGF. De seguida proceder-se-á à identificação e crítica das fontes a utilizar acompanhada de uma análise preliminar dos dados imediatamente disponíveis. Será ainda feito um levantamento exaustivo das comunidades a residirem em Portugal, provenientes dos países com risco de MGF, através dos dados do SEF e do INE. Pretende-se garantir que o cruzamento de dados disponíveis permite cálculos de prevalência mais fidedignos”.

De acordo com a proposta metodológica geral apresentada para o projeto, foram feitas diferentes abordagens ao tema da MGF/C. Uma primeira quantitativa, pela via dos dados oficiais; uma segunda, de carácter misto, que contemplou dados quantitativos e qualitativos e que

diz respeito à aplicação de um inquérito a mulheres e homens oriundos de países onde a prática da MGF/C está identificada; e uma terceira, qualitativa, com entrevistas em profundidade realizadas a mulheres e homens provenientes de países com prevalência de MGF/C e outros/as agentes sociais relevantes.

2.1. Entrevistas exploratórias

De acordo com o que a equipa de investigação se propôs concretizar neste ponto, 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/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. 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 chegássemos 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 definitiva dos respectivos guiões de entrevista produzidos pela equipa.

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, efetuaram a sua transcrição e tradução para o português.

A equipa de investigação realizou as seguintes entrevistas exploratórias aos seguintes atores sociais envolvidos na temática em análise:

- 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.

2.2. Identificação e crítica das fontes de dados quantitativos

Foram consideradas como possíveis fontes para o cálculo da prevalência da MGF/C em Portugal os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), do último Recenseamento Geral da População (INE) e do Inquérito ao Emprego (INE). Foram ainda considerados os dados relativos aos pedidos de asilo do Conselho Português para os Refugiados (CPR).

A análise prévia destes dados será descrita mais adiante bem como a explicitação das opções metodológicas adoptadas.

De 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). Pretendeu-se sistematizar a informação recolhida para permitir uma leitura comparada não só ao nível dos dados recolhidos como também das metodologias utilizadas, das suas potencialidades e das suas limitações.

2.3. Levantamento das comunidades a residir em Portugal

Foi levada a cabo uma análise prévia dos dados disponíveis nas várias fontes consultadas que nos permitiu não só uma primeira noção da distribuição geográfica destas populações como também perceber o peso relativo da população oriunda de cada um dos países identificados como praticantes no conjunto desses 29 países, a residir em Portugal.

3. Construção das entrevistas

Projeto: “Definidos os universos de análise e avaliadas as limitações existentes, proceder-se-á à construção de guiões de entrevista diferenciados segundo os destinatários”.

Após uma análise das entrevistas exploratórias e uma avaliação preliminar dos dados quantitativos já recolhidos, em conjugação com os objectivos traçados para o projeto, foram

feitos alguns acertos finais aos diversos guiões de entrevista tendo-se chegado a versões finais e estabilizadas a ser aplicadas aos grupos alvo previstos.

4. Relatório intercalar

Projeto: “Este primeiro relatório dará conta do andamento dos trabalhos”.

Foi apresentado à Fundação para a Ciência e a Tecnologia o relatório intercalar do projeto a 18 de Agosto de 2014, dando conta dos trabalhos desenvolvidos até então.

5. Recolha de informação quantitativa e aplicação de entrevistas em profundidade

Projeto: “Tal como apresentado no descritivo metodológico, será recolhida toda a informação quantitativa relativa aos dados disponíveis e aplicadas as entrevistas em profundidade direcionadas a assuntos diferenciados consoante os atores. Esta será a fase de recolha de dados, quantitativos e qualitativos. Nesta fase pretendemos acrescentar conhecimento à recolha de dados quantitativos e respectivos cálculos da prevalência com uma recolha de informação a nível qualitativo que melhor nos permita perceber possíveis dificuldades ou debilidades dos cálculos da prevalência. Neste sentido, a recolha de dados ao nível qualitativo permitirá um maior enfoque, não só ao nível das representações socioculturais dos atores envolvidos, como permitirá identificar formas de melhorar a recolha de dados quantitativos”.

De acordo com a abordagem metodológica definida (que inclui uma abordagem quantitativa com dados oficiais, uma mista com a aplicação de um inquérito, e uma qualitativa com entrevistas em profundidade, conforme explicitado anteriormente) procedeu-se à: recolha da informação das estatísticas oficiais (INE, SEF e CPR); construção, teste e aplicação de questionários; e aplicação de entrevistas em profundidade.

6. Tratamento dos dados

Projeto: “Nesta fase serão analisados todos os dados recolhidos de forma a produzir resultados que vão ao encontro dos objectivos propostos e enunciados anteriormente”.

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 no número de meninas que já foram ou serão submetidas à prática⁶.

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.

7. Relatório final

Projeto: “Nesta fase serão compilados e analisados de forma integrada todos os resultados obtidos e redigido um relatório final que espelhe não só a situação atual relativamente à mutilação genital feminina em Portugal mas também produzir recomendações que contribuam para a eliminação deste problema em Portugal”.

A apresentação do atual relatório faz cumprir a última tarefa deste projeto.

É ainda de referir que, no final de Janeiro de 2015, foi entregue um memorando com alguns dados já trabalhados, a pedido da Secretaria de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade, por forma a serem apresentados nas iniciativas oficiais do Dia Internacional da Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina, no dia 6 de Fevereiro.

⁶ Por questões teóricas e metodológicas que serão explicitadas mais adiante, este será o conceito a utilizar aquando do estudo da população de meninas entre os 0 e os 14 anos de idade. Este conceito irá, pois, substituir o de meninas em risco.

3. Estado do conhecimento sobre 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, refletindo 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 perceções 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 este relatório, a equipa de investigação irá 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/C⁷, 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 degradante⁸” (Grupo de

⁷ A problemática dos casamentos precoces/forçados aparece comumente associada com a prática da MGF/C (P&D Factor & Camões-ICL, 2014). Por isso, também a Comissão Europeia refere que “Muitas mulheres que sobreviveram às mutilações genitais femininas podem igualmente ser vítimas de outras formas de violência, designadamente casamentos precoces, casamentos de crianças ou casamentos forçados” (Comissão Europeia, 2013: 7).

⁸ O artigo 1 da Convenção da Nações Unidas para a Eliminação de todas as formas de Discriminação das mulheres (CEDAW) define discriminação como “any distinction, exclusion or restriction made on the basis of sex which has the effect or purpose of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise by women, irrespective of their marital status, on a basis of equality of men and women, of human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social cultural, civil or any other field (United Nations General Assembly, 1979). Também a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres expressa, no seu artigo 2: “Violence against women shall be understood to encompass, but not limited to, the following: (a) Physical, sexual and psychological violence occurring in the family, including ... dowry related violence ... female genital mutilation and other traditional practices harmful to women” (United Nations General Assembly, 1993). Em 2002, este organismo, concretamente a sessão especial sobre crianças, solicitou a 69 chefes de estado e governos que definissem estratégias e ações concretas que tivessem em vista a erradicação do fenómeno.

Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina, s.d.). Concomitantemente, é clara, na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁹, 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” (APF, 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 subscrita por 10 organismos das Nações Unidas no documento de 2008 (WHO, 2008), integrar um conjunto de práticas divididas em quatro grandes tipos¹⁰:

- Tipo I – Clitoridectomia: remoção parcial ou total do clitóris e/ou do prepúcio do clitóris
 - Ia: remoção apenas do prepúcio (capuz) do clitóris
 - 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)
 - IIa: remoção apenas dos pequenos lábios
 - IIb: remoção total ou parcial do clitóris e dos pequenos lábios
 - 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
 - IIIa: remoção e aposição dos pequenos lábios
 - IIIb: remoção e aposição dos grandes lábios

⁹ Podemos encontrar a sua proibição também: na Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; na Convenção contra a Tortura e outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes; na Carta Africana sobre Direitos e Bem-estar das Crianças; na Plataforma de Acção de Pequim; na Carta dos Direitos Humanos e Reprodutivos; no Relatório da Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade de Género; na Estratégia Europeia para a Igualdade entre Mulheres e Homens 2010-2015, Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos Relativo aos Direitos da Mulher em África e a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e à Violência Doméstica (vulgo Convenção de Istambul), entre outros.

¹⁰ A supracitada tipificação foi transcrita em Portugal para as Orientações Técnicas da Direcção-Geral da Saúde, em documento publicado a 6 de Fevereiro de 2012 (DGS, 2012) e atualizada a 22 de Março de 2012 para “Mutilação Genital Feminina. Guia de Procedimentos para Órgãos de Polícia Criminal” da Escola de Polícia Judiciária, de Maio de 2012 (EPJ, 2012) e para “Mutilação Genital Feminina Manual de Procedimentos para CPCJ – Colaborar Ativamente na Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina” (CNPCJR, 2014).

- 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 Organização Mundial da Saúde (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 a *labia minora* (localmente designada por puxa-puxa ou *kukhuna* ou *kupfunu*). Nesta província, é também comum as raparigas/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 a utilizar neste projeto, como referido, a equipa de investigação partiu da definição e das tipologias da Organização Mundial de Saúde, que tem orientado quer as normas legislativas internacionais, quer a intervenção, mas com a preocupação de as tornar operacionalizáveis do ponto de vista empírico para a sua aplicação no trabalho de campo a efetuar. Nesse sentido, a conceptualização da MGF 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), uma prática que foi já proibida, por exemplo pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO) e

pela OMS. No entanto, ainda há profissionais de saúde (por exemplo, no Egito¹¹) 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).

Atualmente 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 ¹²	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	Quênia			

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

¹¹ Em 2005, o Egito tinha uma taxa de prevalência de MGF de 95,8%. De acordo com o *Egyptian Demographic and Healthy Survey* (EDHS), houve um aumento da medicalização da MGF, de 17% em 1996 para 77,4% em 2008. Ver http://egypt.unfpa.org/english/fgmStaticpages/8b9eaf39-33d5-4ff5-924b-7e0b76d1091d/Who_performs_it_and_when.aspx.

¹² Sempre que se referir Guiné, está-se a aludir à Guiné-Conacri; distinguir de Guiné-Bissau e Guiné Equatorial.

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 atuar 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.º19¹³ onde surge pela

¹³ Recomendação que se foca no fenómeno numa perspetiva da saúde.

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 verifiquem nos seus países. Esta resolução reflete 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 Unidas¹⁴ 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. A título de exemplo, em 2009, a resolução 1662¹⁵ reafirma que medidas concretas devem ser tomadas e que os estados membros deverão utilizar todos os instrumentos internacionais necessários para a prevenção, proteção 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 proteção das vítimas e esforços concertados de coordenação e compreensão do fenómeno para aplicação de políticas públicas.

O Parlamento Europeu tem sido igualmente ativo na produção de resoluções que têm como meta a erradicação do fenómeno. Em 2001, adotou 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 objetivo o fim da prática, estipulando claramente que “any form of female genital mutilation is a harmful tradition practice that cannot be considered part of

¹⁴ As entidades envolvidas são: OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM e OMS.

¹⁵ CoE (2009).

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 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 afeta 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 fistulas 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, infeção 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 dermoides), queiloide, 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-sépticos¹⁶, 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 enquadra 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). Mas recentemente, os grupos parlamentares do BE, PSD e CDS, apresentaram os Projetos 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), encontrando-se ainda em discussão em sede parlamentar. Este Projeto 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). Mas apesar do enquadramento do Código Penal, atualmente, não referir especificamente a mutilação genital feminina, alguns esforços têm sido 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. Também a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (nº147/99, de 1 de Setembro) se refere à necessidade de intervenção direta em casos de detecção de situações efectivadas de MGF ou crianças que estejam em risco de sofrer esta prática; em matéria de saúde

¹⁶ Em certos casos só apenas algumas raparigas são autorizadas a colocarem a testa em água fria ou em neve ou chegam a receber algum tratamento tradicional como o uso de cremes ou de seiva para ajudar a sarar a área cortada. Depois do corte a rapariga é levada para outro local considerado sagrado para ficar em recobro, mas acontece que a própria ferida podem ser tocada com variadas coisas desde álcool, sumo de limão, cinzas, misturas de ervas, óleo de coco ou esterco de vaca sendo que este "rito de passagem" ocorre num local sagrado como por exemplo debaixo de uma antiga árvore especial, junto a uma rocha ou à beira de um rio, mas noutros casos o procedimento pode ocorrer na casa de um amigo ou parente onde normalmente só são permitidas as presenças das mulheres (Oberreiter, 2008).

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 proteção 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.

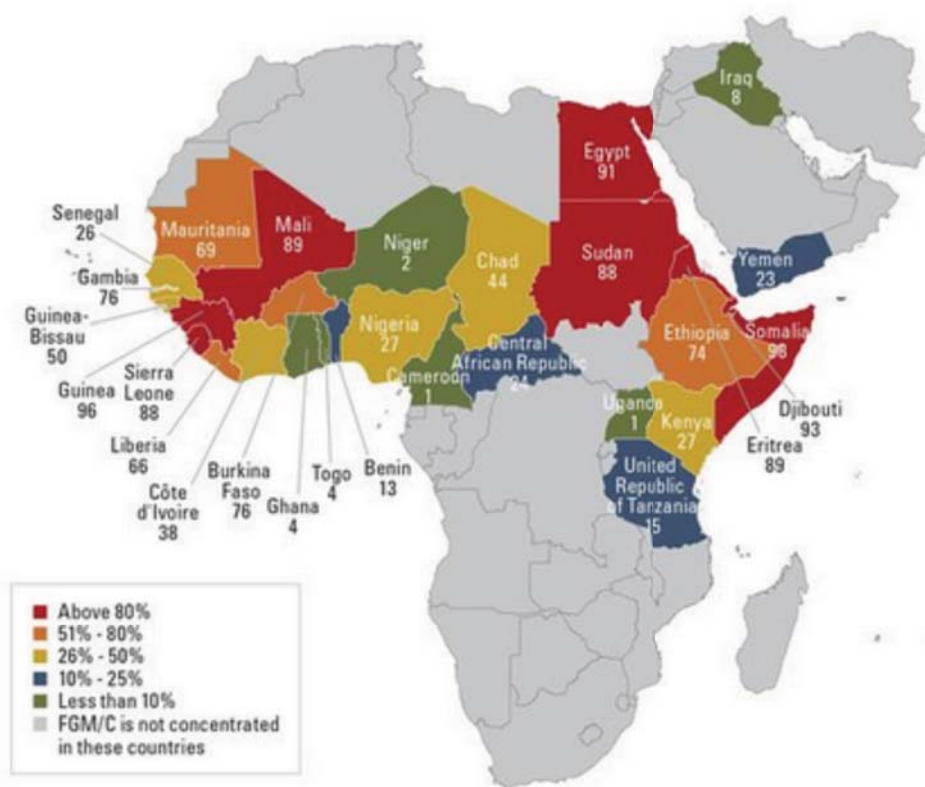
A definição de MGF/C “esconde uma diversidade de realidades, sentidos e experiências” (Cunha, 2013: 843) ao mesmo tempo que assume várias designações consoante o país e o grupo que a pratica. Dependendo dos países onde a MGF/C ocorre, podemos encontrar algumas das seguintes designações: circuncisão feminina, excisão, *sunna*, operação, cirurgia genital feminina, clitoridectomia, prática tradicional, fanado¹⁷, entre outras. Algumas comunidades islamizadas ou muçulmanas que praticam a MGF/C referem-se a ela como *sunna*¹⁸, 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 encontra-se presente numa linha que começa a oeste, no Senegal, até ao Iémen, a este, limitada pelo Egito a norte, e pela Tanzânia a sul.

¹⁷ O termo *fanadu* é usado na Guiné-Bissau e em Português pode assumir a terminologia “fanado”. Esta terminologia remete para um ritual de iniciação que prepara as raparigas e crianças para a vida adulta e para a habilidade de continuar a cultura do próprio povo, a tradição (Martingo, 2009).

¹⁸ *Sunna* que em árabe significa «tradição» ou «dever» (Martingo, 2009: 107).

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 data de há 2200¹⁹ 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 com a sua sexualidade. Outros documentos ancestrais revelam que a prática da MGF 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

¹⁹ Outras autoras apontam que a prática da MGF/C poderá ocorrer há cerca de 5000 anos, desde a Roma antiga ao Reino Unido no século XIX e atualmente em larga escala no Continente Africano e Médio Oriente (Frade, 2007).

ritualização parece, já nesse período, apontar para uma clara diferenciação de género. No antigo Egito 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 vêm-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 islamitas 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*²⁰ 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

²⁰ “Registo dos actos e palavras atribuídos ao profeta Maomé e aos seus companheiros; segunda fonte de lei mais importante para os muçulmanos, que veio dar instruções para episódios que não constam do Alcorão” (Branco, 2006: 61).

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 será necessária para clarificar esta questão” (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 aparece a menção a esta prática.

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 prática, 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, família. A transmissão da MGF/C é, deste modo, difundida entre esses grupos, comunidades ou etnias praticantes e tem vindo a ser praticada 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, atualmente no Egito 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 surge como uma prática que 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 e em que a sua prática 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).

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 hiperativa e incontrolável, 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 ato 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 “suja”. No Egito, as raparigas não excisadas recebem o nome de *nigsa*, “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 adulta²¹ 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 atos 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 ação 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 e 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 prática e da continuação da honra familiar. Muitas destas mulheres que submetem as suas descendentes mulheres à prática referem a

²¹ No entanto, a mesma autora levanta algumas dúvidas sobre a articulação entre a MGF/C e a própria circuncisão masculina como rituais de passagem para a idade adulta. A autora, referindo-se à análise da Guiné-Bissau escreva: “entre os Mandingas, quer a circuncisão masculina quer a excisão feminina, ocorrem por vezes muito antes da puberdade (nos rapazes, dos seis aos onze anos e nas raparigas dos 6 meses aos 11 anos de idade). Por outro lado, também não possuem ligação com o casamento, tal como sucede noutros contextos africanos em que as raparigas são sujeitas à prática muito antes do casamento. Os Mandingas relacionam o *fanado* dos rapazes e das raparigas com a identidade religiosa” (Martingo, 2009: 189).

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 excisadora²² (Martingo, 2009: 113). Para estas mulheres, que muitas vezes também preparam os partos, os casamentos e o procedimento pós-parto, a prática da 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 proteção e de cura. Os poderes tradicionalmente associados a estas mulheres parecem ser transmitidos de geração em geração (Gonçalves, 2005). Assim, a prática da 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 guardiãs da prática, 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 à prática 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 ato 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, uma vez que muitos deles, ao conhecerem as consequências da prática, parece reduzir-se neles o desejo da perpetuação do ritual para suas filhas. Sendo um dos objectivos deste relatório a elaboração de

²² Estas mulheres também são conhecidas como anciãs ou ciganas (na Somália), sendo que estas geralmente já são muito idosas e quase cegas, mas por todo o conhecimento que têm (quer de mitos, segredos e magias) e pela idade, isso permite-lhes ter muito reconhecimento social, acabando por atingir um estatuto muito parecido ao dos homens. No Egito, são os barbeiros que estão encarregues da prática, mas cada vez mais no Egito e no Sudão, começa a ser recorrente a prática ser efetuada em hospitais, como anteriormente referido.

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 relatório 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 atualmente 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.

4. Prevalência de MGF/C em Portugal

O cálculo da prevalência de MGF/C resultou de um processo com diferentes fases. Num primeiro momento foi identificada a metodologia para a estimação do número de mulheres, residentes em Portugal, afectadas pela MGF/C. Para tal foram recolhidos os dados relativos à prevalência de MGF/C nos países de origem destas mulheres. 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 seleção das fontes e das opções metodológicas tomadas que de seguida se aprofundam, 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).

4.1. 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, ela tem sido aplicada com algumas variações o que dificulta, na globalidade, comparações precisas a nível internacional.

Esta metodologia assenta no princípio de extrapolação da prevalência de MGF/C do país de origem para o país de acolhimento, tendo em conta as mulheres residentes originárias de países onde se pratica MGF/C, entre os 15 e os 49 anos, por grupos etários quinquenais.

Deste modo, ao número de mulheres residentes em Portugal originárias de países praticantes de MGF/C (entre os 15 e os 49 anos), são aplicadas as prevalências nos países de origem, tal como identificados pelos estudos mais recentes. Por forma a obter dados relativos a toda a população de mulheres residentes em Portugal foi ainda tido em conta o grupo etário de 50 e mais anos²³. O documento que serviu de base aos dados de prevalência nos países de origem foi o relatório *Female genital mutilation/cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change*, elaborado pela UNICEF em 2013. 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 (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.

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

²³ A forma de cálculo e motivação para a inclusão deste grupo serão explicitadas mais adiante.

Prevalência de MGF/C nos países de origem, por escalão etário (%)

País	Ano	Fonte	Prevalência de MGF/C (%)								
			Total	escalões etários						40-44	45-49
				15-19	20-24	25-29	30-34	35-39			
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	
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	
Guiné²⁴	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	
Niger	2006	DHS/ MICS	2	2	2	2	2	3	3	3	
Nigéria	2011	MICS	27	19	22	26	30	32	35	38	
Quênia	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).

²⁴ 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 Egito, a Guiné e a Somália) e inferiores as 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 vimos, situa-se nos 50% ao nível da prevalência global de MGF/C.

Nos dados apresentados serão sempre considerados apenas os 29 países onde a MGF/C está identificada, de acordo com o relatório da UNICEF de 2013, acima referenciado.

Relativamente aos dados que irão permitir a estimativa da prevalência de MGF/C em Portugal, 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 atualidade, por considerar os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. O SEF disponibiliza informação relativamente à população estrangeira residente em Portugal com uma periodicidade anual, sendo os mais recentes referentes a 2013. Esta fonte de dados, ainda que apresente a grande vantagem de uma atualização regular e disponibilize os dados por sexo, não contempla a idade, pelo que não é possível este tipo de desagregação, que é 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 projeto nunca obteve qualquer resposta.

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

Mulheres estrangeiras residentes em Portugal por nacionalidade²⁵ e distrito, 2013 (N)

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

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

²⁵ Em todos os quadros de dados, tanto para a nacionalidade como para a naturalidade, são incluídos apenas os países identificados como praticantes de MGF (UNICEF, 2013).

É 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 51 pedidos de asilo de mulheres provenientes de países onde a MGF é praticada, não existindo, contudo, informação relativa nem ao motivo do pedido nem à idade das requerentes; sabemos somente que, no total de 131 (de homens e de mulheres provenientes destes países), 10 destes requerentes são menores não acompanhados. 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. Aliás, a última atualização dos dados sobre MGF/C e asilo na UE, de Março de 2014 (UNHCR, 2014)²⁶, não apresenta dados para Portugal, sendo os países que mais recebem este tipo de pedidos (25 mil mulheres em 2013) são 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, Egito, Etiópia, Mali e Costa do Marfim, é expectável que Portugal não figure neste relatório de atualização dado não ser destino preferencial destas comunidades.

Pedidos de asilo em Portugal por nacionalidade, sexo e menores não acompanhados, 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
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
Total dos países onde MGF é praticada	79	42	121	6	4	10	85	46	131

Fonte: Conselho Português para os Refugiados.

²⁶ Para uma análise mais completa, ver UNHCR (2013).

Relativamente ao número de refugiados/as atualmente 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.

Em segundo lugar, pesquisámos os dados do Inquérito ao Emprego, levado a cabo pelo Instituto Nacional de Estatística. Esta fonte apresenta um elevado nível de atualidade, uma vez que é aplicado trimestralmente a uma amostra representativa e de grande dimensão (n superior a 22.000 unidades de alojamento) da população 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, tivemos que 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. Mesmo não considerando todas as variáveis de cruzamento, a disponibilização da informação é sempre muito restrita e incide sobretudo em países lusófonos. Ainda, este inquérito não é aplicado a menores de 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 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 nível de desagregação pretendido. Assim, 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 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.

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

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

Fonte: Censos 2011, INE.

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	Viana do Castelo	Vila Real	Guarda	Portalegre	
Benim	2	2																				
Burkina Faso	10	4				1		2	2	1												
Camarões	41	21	2	4	10	1	1	1			1											
Chade	10	5	2	1		1											1					
Costa do Marfim	42	14	8	6	1		1	4		3	1		2				2					
Egipto	63	36	2	10	5	3		1		3				1	1					1		
Eritreia	2	1	1																			
Etiópia	20	5	3	2	4	3		1		1			1									
Gâmbia	40	16	2	7		1	1	2	1	1	1	1	1	1				2	3			
Gana	69	41		8	13		1	3		1	1							1				
Guiné	206	156	12	21	4		1		3	1		2		1		2		2		1		
Guiné-Bissau	13020	9287	1887	487	348	264	163	126	106	100	33	31	36	28	27	24	22	18	9	9	15	
Iémen	3	2			1																	
Iraque	33	23	1	1	2	2			3				1									
Libéria	8		4	2	1							1										
Mali	14	6	2	2	2				2													
Mauritânia	5	1		2			2															
Niger	1				1																	
Nigéria	149	99	14	6	12	4	3	5	3		1	1			1							
Quênia	93	56	7	10	4		1	1	1	3	1	1		2	2	1						3
República Centro-	67	17	1		12	9	4	2	1	3	9			1				1	2	5		
Senegal	487	306	73	52	19	2	3	14	4	2		5	1		2		1		3			
Serra Leoa	12	2	7		1	2																
Somália	10	9															1					
Sudão	53	5	3	5	4	9	3	3		3	6			1		4			4	3		
Tanzânia	93	63	10	5	1		1		3	2		3			1	1	1		2			
Togo	21	18	2					1														
Uganda	34	17	5	4	3	1			2	2												
Total	14608	10212	2048	635	448	303	185	166	131	126	54	45	42	35	34	32	28	24	23	19	18	
Total %	100%	70%	14%	4%	3%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total cum %		70%	84%	88%	91%	93%	95%	96%	97%	98%	98%	98%	99%	99%	99%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	

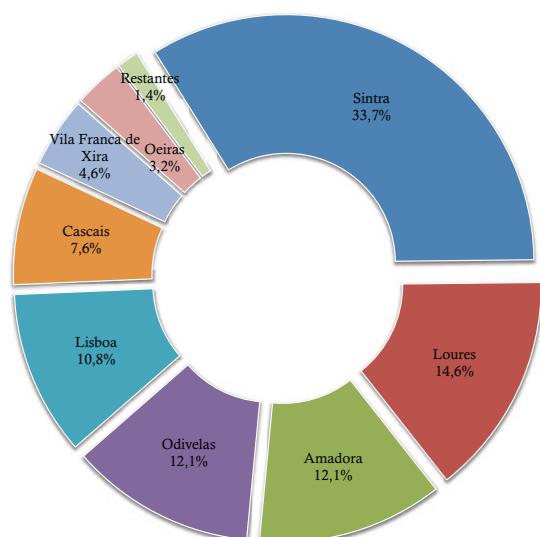
Fonte: Censos 2011, INE.

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) ou a população residente por naturalidade (Censos), percebe-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.

Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito de Lisboa por município, 2011 (%)



Fonte: Censos 2011, INE.

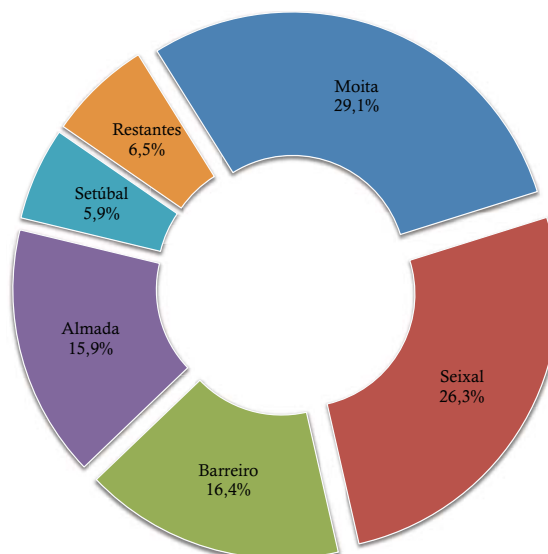
No distrito de Lisboa observa-se uma maior concentração destas populações no município de Sintra, onde residem cerca de um terço das mulheres, no distrito de Lisboa, provenientes de países onde a MGF é praticada. Seguem-se os municípios de Loures, com 14,6%, Amadora e Odivelas, cada um representando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

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	4
Vila Franca de Xira	466	Arruda dos Vinhos	2
Oeiras	322	Cadaval	1
TOTAL			10212

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%.

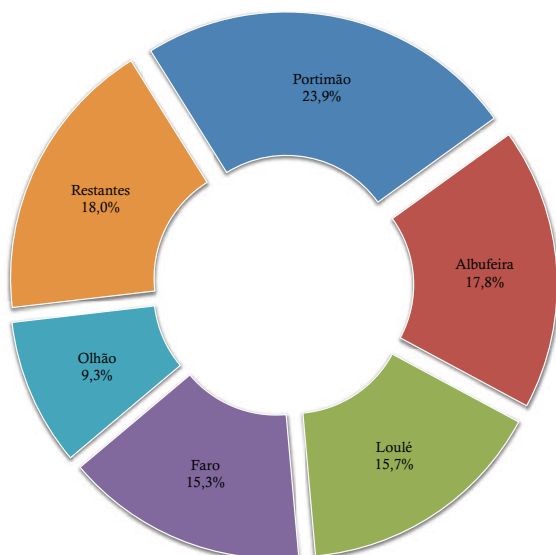
Município	N	Município	N
Moita	595	Palmela	33
Seixal	538	Sesimbra	31
Barreiro	336	Alcochete	10
Almada	326	Santiago do Cacém	4
Setúbal	120	Sines	4
Montijo	50	Grândola	1
TOTAL		2048	

Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito de Setúbal por município, 2011 (%)



Fonte: Censos 2011, INE.

Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito de Faro por municípios, 2011 (%)



Fonte: Censos 2011, INE.

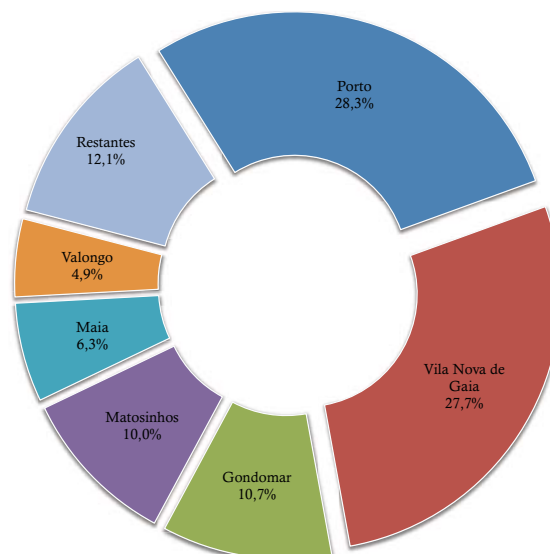
No distrito de Faro observa-se uma concentração destas populações no município de Portimão, onde residem cerca de 24% das mulheres provenientes de países identificados como praticantes de MGF. Seguem-se os municípios de Albufeira com 17,8%, Loulé com 15,7%, Faro com 15,3% e Olhão com 9,3%. Os restantes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

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

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 apresentam, cada um, valores inferiores a 2,5%.

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
TOTAL			448

Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito do Porto por município, 2011 (%)



Fonte: Censos 2011, INE.

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.

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	Amostrai	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

4.2. 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 fértil, 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 residentes em Portugal e poderão, também elas, ter sido submetidas à prática, optámos por incluí-las na análise.

Assim, os dados relativamente às mulheres residentes em Portugal, maiores de 15 anos, naturais de países praticantes de MGF/C²⁷ são os seguintes:

²⁷ Em todas as análises são apresentados dados para 28 dos 29 países praticantes identificados pela UNICEF. Foi então excluído o Djibouti da análise tendo em conta não haver registo de nenhuma mulher proveniente desse país nos Censos de 2011.

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

País de origem	total 15+	Idade							
		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
Iémen	2							2	0
Iraque	32	3		3	2	5	3	3	13
Libéria	7	3				1		3	0
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
Quênia	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, é possível calcular a prevalência de MGF/C nas mulheres residentes em Portugal, segundo o país de origem e o

escalão etário. 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. Para facilitar futuras análises comparativas com estudos internacionais, apresenta-se a prevalência entre as mulheres em idade fértil, entre as mulheres com 50 e mais anos e o somatório de todas.

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

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
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, FCSH/UNL, projeto MGF, 2015.

Começa por se observar que, em Portugal, o número de mulheres em idade fértil que poderá ter sido submetida à prática da MGF/C ronda as 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.

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%
Iémen	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%
Mauritânia	3	0%	3	0%	0	0%
Níger	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, FCSH/UNL, projeto MGF, 2015.

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

Verifica-se igualmente que o país que mais contribui para esse valor é a Guiné-Bissau. No que respeita as mulheres em idade fértil, 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.

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
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%	11,10%	12,80%	13,50%	16,50%	16,60%	16,60%	12,90%

Fonte: CesNova, FCSH/UNL, projeto MGF, 2015.

Do ponto de vista das idades das mulheres, nota-se que, à exceção da Gâmbia e do Uganda, os restantes países apresentam os valores mais baixos de prevalência de MGF/C no escalão 15-19 anos (a 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 valores na ordem do 16,6%.

Fazendo uma análise semelhante, ou seja, com recurso à mesma metodologia de extrapolação, é possível obter dados relativos ao tipo de corte. É necessário, no entanto, ter em conta que não existem dados de prevalência por tipo de corte para todos os 29 países referidos.

Distribuição por tipo de corte²⁸ de meninas e mulheres dos 15 aos 49 anos (%)²⁹

País	TIPO (%)				Fonte
	corte, sem remoção de tecido (Tipo IV)	corte, com remoção de tecido (Tipo I + Tipo II)	zona genital cosida (Tipo III)	não determinado / 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
Djibouti	6	25	67	2	MICS 2006
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
Sudão (*)	14,8	2,7	82,4	0,1	DHS 1989-90
Tanzânia	2	91	1	6	DHS 2010
Togo	27	66	5	3	MICS 2010
Uganda	---	---	---	---	DHS 2011

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

²⁸ 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.

²⁹ Os dados apresentados são os que constam no relatório da UNICEF (2013), à exceção 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.

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 auto-revelada é baixa, corroborando estudos anteriores em que se demonstra que as mulheres com MGF nem sempre são capazes de perceber aquilo por que passaram, encontrando-se diferentes tipos de enviesamento na informação prestada: algumas mulheres não sabem exatamente 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 distinguirem fazerem uma clara distinção entre aquelas categorias. Assim, a abordagem passou a ser uma recolha da informação sobre o tipo de corte na sua terminologia local cabendo depois a um especialista local que a reagrupasse nas categorias acima enunciadas, ainda que a validade desta metodologia não seja ainda clara (UNICEF, 2013).

Aplicando então estas distribuições à população residente em Portugal que se estima ter sido submetida a MGF/C, obtêm-se os seguintes valores:

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 (Tipo IV)	corte, com remoção de tecido (Tipo I + Tipo II)	zona genital cosida (Tipo III)	não determinado / 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
Quénia	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
Togo	0	1	0	0
Uganda	0	0	0	0
Total (N)	46	5369	797	299
Total (%)	1%	82%	12%	5%

Fonte: CesNova, FCSH/UNL, projeto MGF, 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.

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.

Em um outro eixo de análise, procuramos 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 efetuarmos 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.

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		
	Quênia	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		
Total		6576	6576	100%

Fonte: UNICEF (2013); CesNova, FCSH/UNL, projeto MGF, 2015.

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 Setúbal que mais se concentram, quer consideremos apenas as mulheres em idade fértil quer tomemos em conta as mulheres com 50 e mais anos. Assim, os distritos de Lisboa e Setúbal concentram 4.441 mulheres em idade fértil 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 Porto, o número de mulheres sobe para os 4.831, passando a representar 92% do total.

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

Distritos	Mulheres residentes			Prevalência MGF		
	15-49 anos	50+ anos	Total	15-49 anos	50+ anos	Total
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, FCSH/UNL, projeto MGF, 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 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 se concentram sobretudo nos distritos de Lisboa e Setúbal, e em menor grau nos de Faro e Porto, a sua distribuição dentro do distrito não é de todo uniforme. Calculámos então a prevalência de MGF ao nível municipal, recorrendo à mesma metodologia usada para o cálculo nacional (método de extrapolação por escalão etário).

Prevalência de MGF/C no distrito de Lisboa por município (N)

Distrito de Lisboa	15-49 anos	50+ anos	Total (N)	Total (%)
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%
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, FCSH/UNL, projeto MGF, 2015.

Prevalência de MGF/C no distrito de Setúbal por município (N)

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

Fonte: CesNova, FCSH/UNL, projeto MGF, 2015.

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.

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, respectivamente, 269 e 238 mulheres, correspondendo, no total do distrito, a 29% e 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 a 16% no total do distrito.

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

Prevalência de MGF/C no distrito de Faro por município (N)

Distrito de Faro	15-49 anos	50+ anos	Total (N)	Total (%)
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, FCSH/UNL, projeto MGF, 2015.

Prevalência de MGF/C no distrito do Porto por município (N)

Distrito do Porto	15-49 anos	50+ anos	Total (N)	Total (%)
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, FCSH/UNL, projeto MGF, 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.

4.3. Meninas que foram ou serão submetidas a MGF/C

4.3.1. *Explicitação de conceitos*

Tal como referido na proposta inicial, uma das questões problemáticas que se levantam ao tratar a questão das meninas em risco é a 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.

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 e que nasceram 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 pais ou pai/mãe nascidos 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 correto 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).

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 contabilizar. Várias questões surgiram neste processo. Por um lado, não seria possível usar diretamente 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 na proposta, 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 indireta. Os questionários individuais dos Censos não contemplam, como já referido, a naturalidade dos pais. Contudo a naturalidade é recolhida para o indivíduo. 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”³⁰, ou seja, neste contexto, a pessoas que vivem com o 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 clássicas, 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 que nasceram nos 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.

³⁰ 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).

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”³¹ (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 mães³² são oriundas de países onde a MGF/C é praticada.

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.

³¹ Tradução própria.

³² 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 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).

4.3.2. 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 o 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 igualmente de seguida.

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			
		(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
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
Iémen	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
Níger	2	0	1	1	0
Nigéria	19	8	30	38	7
Quénia	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, FCSH/UNL, projeto MGF, 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 fértil, 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 têm revelado que, fora da comunidade de origem, as pessoas tendem a não percepcionar 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.

No presente estudo, 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, oi ainda ensaiado um exercício de comparação a nível europeu. Contudo, face a multiplicidade de critérios e metodologias utilizadas (que explicitaremos mais adiante), não foi possível obter dados comparáveis.

4.4. A MGF/C no contexto da União Europeia

Finalmente, e mesmo considerando que a natureza e características das fontes usadas nos vários países europeus torna difícil as análises comparativas das prevalências da MGF/C entre eles, pensamos 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 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 ao momento, no contexto dos 28 países que constituem a UE, foram realizados 7 estudos nacionais de prevalência da MGF: 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 no que diz respeito 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 (relativamente ao método em si; aos conceitos e definições empregues e à 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 descritos. 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 legais residentes, 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 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, 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. Relativamente às opções assumidas, existem vários factores que dificultam as comparações a nível internacional: não utilização dos 29 países de origem, falta de desagregação por idade e por país de origem, aplicação de uma prevalência global que não se percebe como foi calculada.

O estudo relativo à Hungria (Kószeghy, 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.

O estudo realizado na Irlanda (Bansal, Breckwoldt, 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 dito por que é que 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 10636 mulheres provenientes de países praticantes (com 15 a 44 anos) residentes na Irlanda, 3780 terão sido submetidas á 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 metodológicas tomadas inviabilizam uma correta 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 aos grupos etários; é utilizada a idade mediana do 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.

O estudo de prevalência realizado na Holanda (Exterkate, 2013) apresenta dados de 2012 relativos a mulheres provenientes de países praticantes e 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 diferente 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 do corte e a idade da pessoa à chegada à Holanda. Assume-se que se ela 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 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 Naissance 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 diretamente comparáveis com os portugueses uma vez que é dado apenas 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 fértil, 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 4084 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 de momento (Macfarlane & Dorkenoo, 2014) é 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 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 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 submetidas à MGF; não é feita nenhuma correção 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 estão em curso dois estudos com o objectivo de criar metodologias que permitam a recolha e tratamento de dados comparáveis sobre a MGF/C.

O primeiro, promovido pelo EIGE, 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. Os resultados deste estudo serão divulgados em Junho de 2015, segundo informação disponível no *site* do EIGE.

Está também em curso um projeto, financiado pelo programa DAPHNE, que visa a criação de instrumentos mais apurados para o estudo da MGF/C na União Europeia. Os seus principais objectivos consistem no 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.

O presente estudo, relativo à estimação da prevalência de MGF 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 fértil, ainda que os dados para este grupo sejam sempre apresentados por forma a permitir comparações futuras;
- para o cálculo das meninas (0 aos 14 anos) que foram ou serão submetidas à prática são tidas em conta não apenas as nascidas em Portugal mas também as que migraram para Portugal;
- a desagregação territorial vai 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 que é preciso fazer no futuro (que incluem, por exemplo, um inquérito representativo a nível nacional e a obtenção de mais dados qualitativos), o modelo que aqui adoptámos é um dos mais desenvolvidos.

5. A prática da MGF/C: contextos e características

5.1. Os instrumentos metodológicos para a recolha de dados

Na proposta inicial estava prevista a possibilidade de utilização de duas metodologias distintas: (1) a 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 seleção 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 preveem 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 semiestruturadas. 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 TLS³³, 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

³³ Para um conhecimento mais aprofundado desta metodologia, ver Raymond, Ick, Grasso, Vaudrey, & McFarland (2007).

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, 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 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 89,4% do total das mulheres, em idade fértil, 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: 89,4%.

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, possibilitou não só facilitar a entrada no meio como também sensibilizar a 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 da metodologia que aqui se propõe, 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, ativistas contra a prática. Estas ativistas desenvolvem, regularmente, ações de sensibilização junto das comunidades, contra a prática da MGF/C.
3. Línguas: No seio da comunidade com que trabalhámos, 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 colabora 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 que seja próximo da comunidade e com quem os seus membros tivessem relações de confiança. O facto da MGF/C ser em Portugal alvo de criminalização (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, ações de sensibilização) sobre a MGF/C. São eventos abertos ao público em geral e aos quais a equipa de

investigação facilmente tem acesso. Estes eventos contam com a participação de mulheres oriundas de países onde a MGF/C é praticada. Nesta fase da investigação, conseguimos garantir que a data e hora destes eventos futuros nos seriam comunicados futuramente, não sendo, portanto, naquele momento possível prever o número ou a localização. 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 projeto 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 adotar para a sua erradicação, particularmente nos jovens.

Neste caso, foram inquiridas não só mulheres como 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 que responderam ao questionário 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 e que podem ser consultados em anexo. Os questionários foram aplicados entre os meses de Outubro de 2014 e Dezembro de 2015.

Como referido, 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 Aguinense (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. A análise estatística descritiva que se apresentará em seguida será apresentada para homens e mulheres separadamente.

5.2. Práticas de MGF/C e contextos socioculturais

5.2.1. 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 Aguinense (12,9%).

A maioria dos/as inquirido/as são mulheres (70%) e os restantes homens (30%). A maioria dos inquiridos tinha entre 25-34 anos (35,1%). Os/as inquiridos/as entre os 18-24 anos representaram cerca de 27% e os 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 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.

5.2.2. As mulheres e a prática da MGF/C

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

Pensa que 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.

Pensa que em Portugal as comunidades migrantes realizam esta prática?

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

Pensa que a emigração contribui para a diminuição desta prática?

	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 tal prática.

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

Tem alguma mulher ou menina na sua família que já tenha sido submetida à prática?

	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 pode prender-se 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 é menor que nas mais velhas.

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 é 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.

Caso venha a ter filhas pensa submetê-las 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 diretamente 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 a 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 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.

Pensa que esta prática, feita nas meninas e mulheres, é mais importante para os homens ou para as 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 abandonada³⁴.

5.2.3. *Percepções e representações sociais dos homens*

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.

Pensa que é uma boa prática?		
	Frequência	%
Não	33	94,3
Sim	2	5,7
Total	35	100
Sem informação	1	
Total	36	

Cerca de 46% dos homens inquiridos refere que em Portugal as comunidades migrantes não fazem esta prática, sendo que 42,9% pensa o contrário e 11,4% que não sabe.

Assinalamos que o facto da MGF/C ser crime em Portugal e que os inquiridos têm conhecimento desse fato, 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 efetivamente atenuar a sua realização nos países de destino.

³⁴ Estas informações foram recolhidas através de pergunta aberta pelo que não foi possível à equipa de investigação apresentar tabelas de quantificação.

Pensa que em Portugal as comunidades migrantes ainda fazem esta prática?

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

Pensa que a emigração contribui para a diminuição desta prática?

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

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 sobretudo 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 MG/C. Valor consonante com o obtido nas inquiridas, o que pode indiciar uma dimensão favorável para a mudança futura.

Tem alguma mulher ou menina na sua família que já tenha sido submetida à prática?

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

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.

Gostaria que a sua futura mulher fosse excisada?

	Frequência	%
Não	34	94,4
Sim	2	5,6
Total	36	100

Quando questionados sobre a importância da prática, realizadas nas meninas e nas mulheres, cerca de 59% admite que a prática possa ser mais importante para os homens, sendo 26,5% os que referem para nenhuns.

Pensa que esta prática, feita nas meninas e mulheres, é mais importante para os homens ou para as 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	

As respostas ao inquérito a homens e mulheres dá-nos, por um lado, 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.

6. Contextos socioculturais: dinâmicas, processos, modelos e valores

Tendo em vista a adoção 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, a multiplicar os ângulos de visão e observação, de modo a progressivamente nos aproximarmos da imagem mais próxima possível do real.

6.1. 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 chegássemos 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, tivessem 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, efetuaram 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 atores 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 Aguinense (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.

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

6.2.1. 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 onde a MGF/C é praticada teve como base o guião de entrevista desenhado pela equipa de investigação que pode ser consultado em anexo. Todas as entrevistas são confidenciais e anónimas, facto que foi comunicado a todas as mulheres que aceitaram ser entrevistadas para este projeto de investigação. Em nenhum momento deste relatório serão, portanto, usados nomes, mesmo quando recorrermos a alguns depoimentos por elas prestados³⁵.

As entrevistadas têm entre os 21 e os 54 anos de idade, e na sua totalidade têm nacionalidade ou naturalidade da Guiné-Bissau. A seleção 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 projeto e que facilitaram o acesso a estas mulheres, nomeadamente a Aguinenso, 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 informadores privilegiados, 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 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 imigrantes oriundos da Guiné-Bissau (mulheres e homens) que recorrem mais às associações, que aceitaram colaborar de forma mais próxima com a equipa de

³⁵ As secções das entrevistas transcritas neste relatório 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.

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 naturalidades 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 estas duas mesquitas.

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 entrevistadas 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, especialmente 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 submete-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 das mulheres tendo em vista as dimensões atrás referidas.

6.2.2. 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 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 sobre esta prática 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 das mulheres. 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 à 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 souberem 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 continuação e 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).

6.2.3. 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 prática. 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 ela é praticada. Assim, parece que a perpetuação da MGF/C 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 prática, 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 infeções 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) parecem querer desvincular 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.

6.2.4. A prática da MGF/C em Portugal

Pretendemos com esta análise analisar se a prática 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)

Em outras 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 para que sejam submetidas à prática de volta aos seus países de origem:

“O que eu oiço são mais casos que não cometem o ato aqui, levam as crianças de férias, cometem lá o ato 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 esfera 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).

6.2.5. 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 ações, sobretudo através das associações que têm tido um papel particularmente ativo no seu combate. Contudo, parece ainda existir algum 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 reflete 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.

6.2.6. 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 perpetuação da prática, 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 ensinamentos 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, como referido anteriormente, ao observarmos que as mulheres mais novas têm menor uma 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 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 diminuísse. Porque as pessoas que já nasceram na Guiné... por ex. 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 prática. 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)

6.2.7. 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 do corte, ela circunscreve-se ao intervalo de idades entre os 3 e os

8 anos. De entre as entrevistadas que conseguem identificar³⁶ 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 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)

6.2.8. A prática da MGF/C e os/as intervenientes diretos/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 para 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 à prática 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

³⁶ 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.

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 género, 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)

6.2.9. A prática da MGF/C e a saúde

Apesar de algumas das entrevistadas terem sido submetidas à prática 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 as 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. Atualmente 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 infeção 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)

6.2.10. A reprodução da prática da MGF/C no futuro

Por último, tentámos perceber se as entrevistadas que tinham filhas já as tinham submetido à prática. Três delas referiram que algumas das filhas tinham sido submetidas à prática. No entanto, todas referem que não o voltariam a fazer caso venham 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 entrevistada, cujas filhas tinham sido todas submetidas à prática, descreve que foi após ver uma das suas filhas em risco de vida que percebeu que a prática era nociva 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 fêl 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 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)

6.3. A MGF/C vista a partir dos homens

6.3.1. 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 projeto de investigação. Em nenhum momento deste relatório serão, portanto, usados nomes, mesmo quando recorrermos a alguns depoimentos por eles prestados³⁷.

Algumas das dimensões de análise do conteúdo definidas para as entrevistas realizadas a homens 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 em virtude da MGF/C. No caso dos entrevistados com filhas, quisemos saber se as mesmas tinham sido sujeitas à prática. Para os entrevistados que não tinham filhas, exploramos a possibilidade de no futuro planearem submetê-las (“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 pretende apurar se os homens

³⁷ 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 n° 1 feita a um homem com 30 anos.

entrevistados valorizam a submissão à prática da MGF/C nas suas atuais mulheres ou futuras³⁸. Este aspeto 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-

6.3.2. *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 aspeto. O impacto na vida sexual e reprodutiva das mulheres foi também um aspeto bastante referido, ainda que a este nível é 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 infeções 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

³⁸ 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.

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 é também discutida. Cinco em catorze dos entrevistados relacionam a prática 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 ato pela religião Islâmica... Não sei se causa mal a alguém, mas acho que não faz mal. Embora dizem que causa mal a mulher, mas não confio totalmente neste argumento” (EH1, 65 anos)

Ao mesmo tempo que a maioria dos homens se expressam contra a MGF/C, reconhecem aspetos 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 ação. Este aspeto será novamente abordado na elaboração de recomendações.

6.3.3. 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 atividades 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 entrevistados sobre os motivos para a manutenção das práticas parecem coincidir. A relação entre a MGF/C e 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, em 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.

6.3.4. 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 respetivas 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)

Em outras 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, ou de onde são naturais, no período das férias da Páscoa é uma informação que tinha já sido avançada por alguns informadores privilegiados que colaboraram neste estudo. Um dos entrevistados confirma essa situação:

“Não tenho conhecimento de casos diretos 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 ativa nestes períodos, aspeto ao qual voltaremos nas recomendações.

6.3.5. 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 artigos 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 fator 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.

6.3.6. 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 acolhimento 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 ~~que~~, 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 efetiva/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 a prática.

6.3.7. 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 identifica-lo. Mas 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.

6.3.8. 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 aspeto com uma pergunta onde se autonomiza a situação das filhas dos entrevistados em relação à sujeição à prática³⁹. 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 em 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 a 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 prática, 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 que também eles possam contribuir para que as suas filhas e/ou outras familiares não sejam submetidas à prática:

“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)

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 da MGF. Apesar de este ser um aspeto positivo que

³⁹ Conforme pode ser consultado no guião de entrevista aos homens e questão formulada é: “As suas filhas foram submetidas à prática?”.

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 aspeto:

“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.

6.3.9. 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 aspeto 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 afeta 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 a 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 atores 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, fato que será retomado em outras sugestões e abordagens que serão retomadas mais à frente, sob a forma de recomendações.

6.3.10. 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 à prática. 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:

“Entrevistador: Era importante para si a sua mulher ter sido submetida à prática?”

Entrevistado: 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 qual o grau de importância 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 afeta a vivência sexual da mulher e que esse aspecto iria prejudicar a relação íntima:

“Entrevistador: Mas não casaria com uma mulher que tivesse sido submetida à MGF/C?”

Entrevistado: 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 a

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 aspeto:

“Não quero casar com uma mulher excisada. Eu acho que isso não é um bom ato. 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 que aceitaram ser entrevistados para este estudo, 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 atores sociais com um papel ativo na contribuição para a erradicação desta prática nefasta a que as meninas, raparigas e mulheres da comunidade de pertença são sujeitas. De fato, a desvalorização da MGF/C e respetiva verbalização pública é um passo com vista à diminuição da pressão social e cultural das comunidades para a realização da prática.

6.4. A perspectiva dos profissionais de saúde

A análise qualitativa às entrevistas realizadas a profissionais de saúde⁴⁰ 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 entrevistado(a)s bem como as suas representações sobre a prática. O “Nível de

⁴⁰ Respeitando o princípio de confidencialidade das entrevistas, não serão usados nomes para identificar as secções das entrevistas transcritas neste relatório. 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 exceção a esta regra já que ela concordou que pudesse ser citada.

sensibilização de outros profissionais de saúde para a MGF/C” pretende auscultar/percepcionar a opinião destes 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 a Direção-Geral da Saúde (DGS), através de ações 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 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 deparem, na sua prática, com casos de mulheres com MGF/C. Do ponto de vista legal, e 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 têm 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.

6.4.1. 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 Subsariana, 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 prática é uma grave violação dos direitos das mulheres, e comparando-o mesmo a uma amputação de qualquer outro membro do corpo de um indivíduo. Paralelamente esta profissional alerta para as consequências para a saúde física, 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 aos profissionais de saúde para uma melhoria da deteção dos sinais da prática:

"Particularmente no caso em que as mutilações genitais femininas são do tipo 1, ou eventualmente do tipo 2, 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. Se as pessoas não estavam sensíveis, e por isso houve um projeto apresentado por mim, pela Sandra Barreto, pela Vera Cunha, que eram as mais novas, e liderado pela Dra. Ana Campos, apresentámos ao Conselho de Administração e 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 parte de formação, depois do que as pessoas tinham respondido apresentámos o inquérito a todos os profissionais no anfiteatro da Alfredo da Costa, um espaço consagrado, científico, digamos assim, e apresentámos os dados, e apresentámos a classificação, demos as respostas certas. Pronto, e a partir daí as pessoas começaram a identificar as mulheres.

Entrevistadora: É o mais difícil de identificação, o tipo 1?

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

Entrevistadora: Se estiver, é fácil?

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

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

6.4.2. 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, é reconhecido que muito ainda está por fazer para aumentar a visibilidade do fenómeno nesta comunidade técnico-científica:

“Acho que neste momento é o work in progress, e provavelmente teremos realidades diferentes em comunidades diferentes. Se formos fazer este inquérito outra vez na maternidade Alfredo da Costa acredito que o nível de conhecimento sobre as questões legais, a educação, o enquadramento, é completamente diferente do que foi em 2005, que é o resultado, ele está depois publicado como artigo em 2012 na ata, na revista que é 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 hospitais ou centros de saúde), 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 em que nós para as áreas estratégicas de Lisboa e Vale do Tejo, para membros de centros de saúde e outros hospitais, fizemos formação nessa área, e eles como trabalho de fim de curso propõem-se fazer alguns projetos” (Lisa Vicente)

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

“As colegas, nos tempos atuais 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 constranja as mulheres a falarem sobre a MGF/C:

“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 direta, 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 ações de formação e de sensibilização junto de profissionais de saúde, dimensão de análise que trataremos em seguida.

6.4.3. 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:

“Entrevistadora: Como é que acha que se poderia superar essa falta de interesse/informação?

Entrevistada: 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 obstetria. 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)

Atualmente, apesar da formação realizada, parece existir dificuldade por parte de 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 20 e tal anos mutiladas, que eu agora tenho a certeza que eram mulheres mutiladas, nós escreviamos 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 formação. Houve unanimidade entre os/as

profissionais de saúde entrevistados/as sobre a importância da formação, aspecto que exploraremos em seguida.

6.4.4. 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, sobretudo, são identificados como os atores 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, deteção e sinalização de casos de mulheres com MGF/C e das meninas em risco:

“Médicos e enfermeiros, exatamente, dos profissionais de saúde, sem dúvida. E os psicólogos, que como sabe muitas dessas situações são conversadas, acabam 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:

“Entrevistadora - Na sua opinião, os profissionais de saúde estão numa posição privilegiada no combate à MGF/C?”

Entrevistada: 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 atuação, depois faltam as questões legais, faltam as questões em termos de educação, de comunidade” (Lisa Vicente)

Através dos dados de prevalência apresentados para este relatório final 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.

6.4.5. Percepção da prática da MGF/C em Portugal

O facto de ser um problema que afeta 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 sabemos o que é quantitativamente expressivo. Primeiro não temos dados sobre o quantitativamente expressivo, e depois, penso que foi este ano, porque isto é um argumento muito utilizado, e é utilizado em várias situações (...) Mesmo que fossem, não um mas cinco, a questão é: montar a informação para que os cinco que vivem em Portugal terem os cuidados devidos e além disso para que os profissionais que os vão ver saibam o que fazer, têm que ter informação, tem que se montar” (Lisa Vicente)

Uma outra enfermeira entrevistada considera que se entidades como a CIG e a Direção-Geral da Saúde, entre outras, projetaram 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 Direção-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 se existem 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 Portugal. Uma psicóloga conta alguns aspetos 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, famílias se calhar com mais posses mandam as meninas à Guiné e, e outras, acho 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)

Também Lisa Vicente salienta a possibilidade de a MGF/C ser praticada em Portugal:

“Como eu achava que existem complicações, se existisse a prática em Portugal era inevitável que existissem registos nos serviços de urgência de raparigas entradas com complicações, e não existem. E ao expor uma vez este meio raciocínio, tinha uma mulher com uma mutilação genital feminina, que era diferenciada, ela disse que — Faz-se e eu até sei dizer onde! — por isso todos nós vamos falando, até numa das formações que a Direção-Geral de Saúde fez há bem pouco tempo, havia a descrição de que realmente existem fanatecas entre nós, mulheres que se assumem como herdeiras da faca, que

a usam ou não a usam. Sabemos é que, provavelmente a maior parte das raparigas que são submetidas não serão cá, mas em períodos de férias escolares” (Lisa Vicente)

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 diretamente não relacionem com a prática não levam as crianças ao hospital. Mas elas sabem que se acontecer uma infeção 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 aspeto em particular também os 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).

6.4.6. *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:

“Entrevistadora: Explique-nos o processo a partir do momento em que uma mulher, por exemplo, é vista por um profissional de saúde num determinado hospital ou maternidade, é detetado algum sinal de MGF, qual é o processo que a DGS pede que os profissionais de saúde percorram?”

Entrevistada: Depende, e 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 estamos a falar na prevenção e está tudo no programa infantil e juvenil. Vai-se trabalhar em conjunto com os núcleos das crianças e jovens em risco (...) Quando temos uma criança, está a ser criado um manual de procedimentos de questões para identificar se os pais acreditam ou não na Mutilação Genital Feminina, de onde vem, se a mãe é mutilada, se existe alguma parte. Isso faz parte dos procedimentos em termos de maus-tratos e as questões legais que são possíveis de desencadear em crianças até aos 18 anos. Outro ponto, uma mulher que vem para uma consulta de planeamento familiar, também está escrito o que os profissionais podem fazer dependendo do tipo de mutilação, algumas mulheres devem ser esclarecidas que a contraceção e a sua utilidade é igual, não tem nenhuma limitação pela mutilação, e depois, dependendo do que a mulher diz ou se queixe, pode ser importante orientar para apoio psicológico, 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 Direção-Geral da Saúde. De resto, as diretrizes da DGS parecem ser claras nos procedimentos que os e as profissionais devem adotar em casos de detecção ou sinalização do risco de MGF/C:

“Diretrizes? 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 informações. 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 técnico 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 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 atores sociais, para que também o papel e os procedimentos que os profissionais devem seguir sejam mais eficazes. Algo que o próprio protocolo prevê e articula.

6.4.7. 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 prática⁴¹.

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

⁴¹ A equipa de investigação entrevistou uma magistrada do Ministério Público a quem perguntou a opinião sobre a criminalização da MGF/C, de acordo com o atual código penal. Nesse sentido a entrevistada explica: “Eu acho que esta matéria é muito sensível, e que deve ser tratada como matéria sensível que é, como quando falamos da violência doméstica, a situação é idêntica. As mulheres não vão ao hospital, quando não querem participar e não querem que se saiba, não querem ir ao Hospital com medo que se saiba. Eu relativamente a isso não tenho dúvidas nenhuma. Por isso é que eu acho que não é a justiça que vai resolver a situação, a justiça é o último reduto. A situação resolve-se com a educação, o envolvimento das comunidades com os profissionais de saúde, despistar as situações, com o envolver toda a gente na discussão para se evitar estes atos. Mas temos que começar por algum lado. Eu acho que é de fato muito complexo, não tenho resposta, não tenho solução, gostaria de ter. Mas temos que começar por algum lado. As pessoas que eu falei, que estão envolvidas nos processos, demonstram isso — Mas eu não quero que aconteça algo de mal aos meus pais, eu não quero que eles sejam presos — aqui tento fazer o meu papel e dizer — Nós temos esta lei, a lei tem de ser cumprida, temos que falar com toda a gente e ver estes processos, isto serve para que no futuro outras meninas, que se consiga evitar que outras meninas sofram a mesma coisa — se ninguém fizer nada isto vai acontecer, acontecer, acontecer, e daqui a mais dois mil anos estamos cá, se estivermos, com a mesma situação. Alguma coisa tem que se fazer, agora há esse risco. Há risco de cada vez as pessoas fecharem-se e evitar que se saiba”.

Paralelamente esta informadora privilegiada pensa que o crime de MGF/C deve ser autónomo e que quem prepara a viagem de meninas/raparigas para serem submetidas à prática nos países de origem, também deve ser punido/a: “Acho que devíamos ter um crime autónomo, e não só. Acho que devíamos ter um crime autónomo e devíamos punir uma coisa que atualmente não punimos e eu acho que devia de ser, e isto é um exemplo muito prático. Eu sei que há situações que se fazer excursões de meninas para levar as meninas, organizam as viagens. Isto não é punido, portanto eu sou angariadora de meninas que os pais me contratam para eu as levar por exemplo a um sítio, por exemplo à Guiné ou a outro país qualquer para serem excisadas. Isto só por si não é crime, isto chama-se um ato preparatório do crime que posteriormente há-de acontecer, isto não é crime. Eu acho que esta situação devia ser punida. Isto é um ato preparatório do crime que virá a cometer, não chega a ser ato de execução porque na nossa lei só os atos de execução é que são punidos, preparatório não. Eu acho que esta situação assim não é possível, ou seja, eu acho que devíamos ter um crime específico e devia estar prevista a punição de todos estes atores”.

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 colocam reservas. Também a questão de quem deve abarcar a lei que criminaliza a MGF/C em Portugal é um aspecto que, em sua opinião, 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 proteção da criança em risco ou em perigo, até que ponto os diferentes países têm diferentes... postura diferente na legislação, não é? Uma criança considerada em risco de Mutilação Genital Feminina deve ser afastada da família e institucionalizada versus não” (Lisa Vicente)

6.4.8. 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 plataforma⁴²:

“Entrevistador: Tem conhecimento da Plataforma de Dados da Saúde para inserção dos casos de mulheres com MGF/C? E que já está a funcionar?

Entrevistado: 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)

⁴² 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.

Uma outra 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:

“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 profissionais de saúde entrevistados parecem estar relativamente enquadrados com a prática, parece que a MGF/C ainda permanece relativamente oculta para a maior parte dos profissionais. Assim, concordamos com Barreto, Cunha, Vicente e Campos (2013) quando referem “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” (Barreto, Cunha, Vicente & Campos, 2013: 94).

7. Casos de MGF/C registados: 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 do presente ano contava com 43 casos, que passaremos a analisar⁴³.

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.

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

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

⁴³ 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.

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.

Estadísticas 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

Mais de metade dos casos registados dizem respeito a mulheres oriundas da Guiné-Bissau (24), seguida da Guiné (com 8 casos) e do 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.

País de origem das mulheres sinalizadas

	Frequência	%
Benim	1	2,3
Guiné	8	18,6
Guiné-Bissau	24	55,8
Nigéria	3	7,0
Senegal	5	11,6
Serra Leoa	1	2,3
Somália	1	2,3
Total	43	100

A idade aquando do corte varia entre o 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)⁴⁴, 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 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.

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

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

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 (ver ponto 4.2. deste relatório).

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

⁴⁴ Ver dados em anexo.

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, espelhado nos dados registados das mulheres oriundas desse país, em que 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.

Tipo de corte			Tipo de corte por país de origem			
	Frequência	%	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Total
Tipo I	13	30,2	0	1	0	1
Tipo II	28	65,1	2	5	1	8
Tipo III	2	4,7	10	14	0	24
Total	43	100	0	3	0	3
			1	4	0	5
			0	1	0	1
			0	0	1	1
			13	28	2	43

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 alguma expressão numérica.

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

Relativamente ao âmbito no qual foi detectada a MGF/C, e mesmo admitindo que as categorias de registo são mutuamente exclusivas⁴⁵, 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.

Âmbito

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

Assim, sugerimos que esta questão, importante, possa ser desdobrada em duas: uma que aluda ao contexto de observação/deteção da MGF/C (consulta⁴⁶; internamento; urgência); e

⁴⁵ 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.

⁴⁶ Idealmente com indicação da especialidade.

outra que indique, mesmo que sumariamente, o contexto de saúde da mulher (gravidez; puerpério; 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 corte⁴⁷. 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.

⁴⁷ 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.

8. Recomendações

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

Assim, 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.
- A distribuição de materiais informativos por parte de profissionais de saúde no contexto das consultas, numa lógica de proximidade.
- A criação de uma campanha de sensibilização/prevenção sobre MGF/C, com a duração de 2/3 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.
- O alargamento das campanhas de sensibilização e informação ao universo dos homens.
- O desenvolvimento de ações específicas para jovens de ambos dos sexos. Focar estas ações no sentido de aumentar a sua capacidade reflexiva nomeadamente no que se refere aos direitos individuais e à saúde sexual e reprodutiva.
- Desenvolver ações de sensibilização próximas dos momentos onde é mais provável a deslocação das meninas ao país de origem (ou de origem dos/as pais/mães), particularmente no período da Páscoa.

Relativamente à **Integração** recomenda-se:

- A criação de serviços de apoio especializados para meninas/raparigas/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 IIPAPEMGF e por todas as entidades que intervêm contra a MGF/C, teria como missão formar outros e outras profissionais de saúde e educação sobre o tema da MGF/C em todo o território nacional. Para tal, é necessário um trabalho de proximidade entre a DGS e as chefias das ARS e dos ACES, 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 proteção de criança e jovens em risco. Esta recomendação vai, em parte, no sentido de uma das medidas do IIPAPEMGF (medida 22).
- O envolvimento das diferentes Ordens Profissionais (enfermagem, medicina, psicologia, advocacia) para um entendimento comum de atuação e formação na área da MGF/C.
- À semelhança do que foi dito atrás, e sabendo que existem entidades que têm vindo a realizar ações 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, OPC e CPCJ tal como vem expresso nas orientações técnicas já existentes para estes e estas profissionais (vide, por exemplo, a orientação nº 6 da DGS). Nas ações 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.
- A inclusão de profissionais de saúde que exercem no sector privado em ações 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.

- A implementação de ações de formação-ação contínua sobre MGF/C para profissionais de saúde (do setor 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 atuação da DGS para situações de MGF 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).

- O investimento em ações 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.

- 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.

- A inclusão do tema das práticas tradicionais nefastas (MGF/C, casamento precoce/forçado, etc.) nos currícula 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 Ação para a Eliminação da MGF, mas que ainda não tiveram concretização.

- A criação de cursos de formação profissional, incluindo de liderança ou empreendedorismo, subsidiados 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 IIPAPEMGF.

Relativamente ao **Conhecimento** defende-se:

- Que a obrigação de registo na PDS advém do estatuto profissional e não do vínculo contratual ao Estado ou ao sector privado.

- Em relação à PDS, 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).

- 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 obre 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.

- A necessidade de tornar a sinalização de MGF/C mais “amigável” no écran inicial da ficha de utente.

- 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 lata de prevenção dos maus-tratos e de não discriminação das meninas/raparigas (ver orientação 2 da DGS).

- 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.

- O desenvolvimento de projetos 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.

- O desenvolvimento de projetos de investigação que permitam perceber os efeitos da MGF/C na atuação e desempenho escolar das meninas/raparigas/mulheres.

- O reforço de linhas de financiamento que incentivem projetos 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

- 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.

Na 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.
- Fomentar a realização de reuniões públicas com representantes das embaixadas e dos países com maior prevalência de MGF/C, das associações/ONG ativas na eliminação da prática e de líderes religiosos locais/nacionais e internacionais.
- Organizar encontros de reflexão e de troca de boas práticas entre os diversos agentes nacionais e internacionais no âmbito da prevenção e do apoio direto a meninas/raparigas/mulheres com MGF/C.

Numa perspectiva transversal a várias áreas, importa igualmente:

- Fazer uma avaliação do impacto das iniciativas já desenvolvidas.
- Uma Promoção de 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.

Por último, há que sublinhar a não colaboração do SEF neste estudo, ressalvando que o Ministério da Administração Interna (MAI) – entidade que tutela este OPC – é um dos membros do grupo de trabalho do IIPAPEMGF.

9. 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.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-Etude-Prevalence-Resume-04-02-2014-final.pdf>.

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] (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/vrouwelijkegenitaleverminkinginnederland-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)*.

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/II_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf.

Kószeghy, L. (2012). FGM prevalence in Hungary - estimation. Disponível em <http://mona-alapitvany.hu/wp-content/uploads/2012/11/fgm-prevalence-in-hungary-estimation.pdf>

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 & Equality 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.

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.

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 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 Currricula 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.

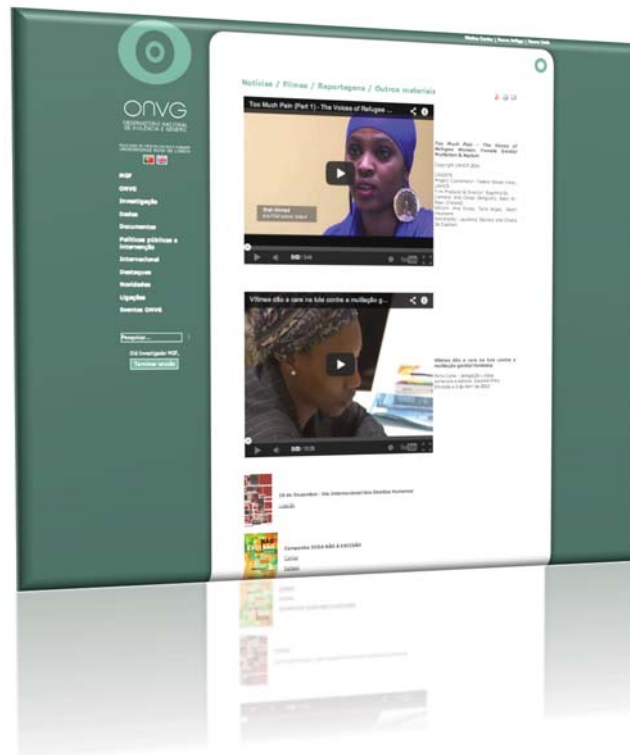
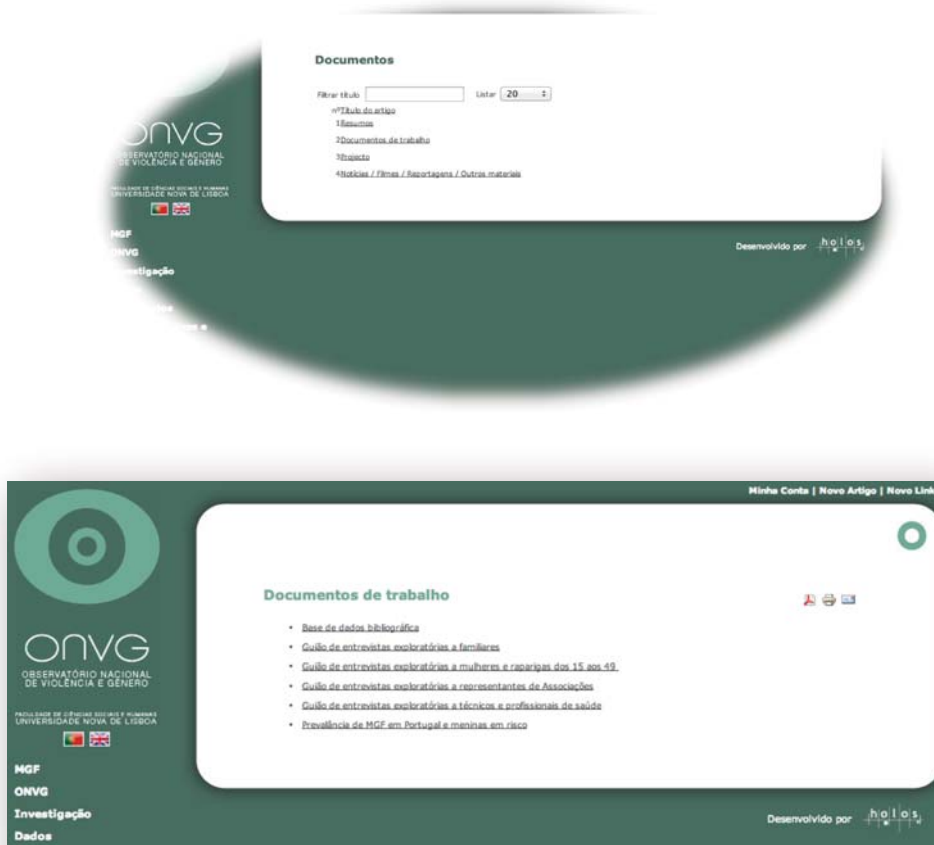
Yoder, P. S., & Wang, S. (2013). *Female Genital Cutting: The Interpretation of Recent DHS Data*. DHS Comparative Reports No. 33. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

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.

10. Anexos

10.1. Plataforma de trabalho do projeto





10.2. 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
Djibouti	2006	MICS	---	---	---	---	---
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).

10.3. Questionários

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação
Estudo financiado pela FCT

QUESTIONÁRIO MULHERES
LOCAL DE APLICAÇÃO _____

A Universidade Nova de Lisboa está a realizar um estudo sobre a prática tradicional/excisão/corte. Gostaríamos que respondesse a este pequeno questionário para que nos desse a sua opinião sobre esta prática. As perguntas que temos para si não lhe roubarão mais de 10 minutos. No preenchimento do questionário, sinta-se à vontade para não responder a alguma pergunta que não queira ou que a deixe pouco confortável.

Gostaríamos ainda de referir que este questionário garante o seu **anonimato** e que a informação será usada numa perspectiva unicamente científica.

Caracterização individual
Idade _____ Sexo _____
Naturalidade (país e localidade): _____
Freguesia onde reside actualmente: _____

1. Já ouviu falar da excisão ou corte ou prática tradicional?

- Sim (Se sim, passe à pergunta 2)
- Não (Se não, termina aqui a sua colaboração, obrigada).

2. No seu entender, porque é que esta prática existe há tanto tempo?

--

3. Pensa que é uma boa prática para as mulheres?

- Sim
- Não

Porquê?

--

4. Em Portugal, acha que as comunidades migrantes, especialmente do seu país natal, ainda fazem esta prática?

- Sim
- Não

5. Pensa que a emigração contribui para a diminuição da realização da prática, nos países de destino?

- Sim
- Não

Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões mais pessoais.

6. Entre pais, avós, irmãos, tios, primos e sobrinhos, quantas pessoas constituem a sua família?

- Nº _____ Homens
- Nº _____ Mulheres

7. Tem alguma mulher ou menina na sua família que já tenha sido submetida à prática?

- Sim
- Não (Se não, passe para a pergunta 8)

7.1. Pode dar-nos algumas informações sobre essa(s) familiar(es):

Parentesco	Indique o número de familiares submetidas à prática	Que idade tinha(m) ela(s) quando aconteceu (aproximadamente)?	Onde aconteceu? Portugal, terra natal ou outro país?	Quem insistiu mais para que a sua familiar realizasse a prática?
Mãe				
Filha				
Irmã				
Prima				
Sobrinha				
Outro. Qual? _____				

7.2. Sabe se a(s) sua(s) familiar(es) teve(tiveram) algum problema de saúde relacionado com a realização da prática?

- Sim
- Não

Se sim, sabe qual foi?

8. É excisada?

- Sim
- Não (Se não, passe para a pergunta 9)

8.1. Que idade tinha quando isso aconteceu? _____

8.2. Onde aconteceu?

- Terra natal
- Portugal
- Outro. Qual? _____

8.3. Quem realizou a prática? _____

8.4. Que justificção lhe deram para o fazer?

8.5. Teve algum problema de saúde relacionado com a prática?

- Sim
- Não

8.5.1. Foi a algum hospital ou centro de saúde por causa desses problemas?

- Sim
- Não

8.5.2. Recorreu a alguém dentro da comunidade por causa desses problemas?

- Sim. Quem? _____
- Não

9. Caso venha a ter filhas, pensa submetê-las à prática?

- Sim
- Não

Porquê?

10. Pensa que esta prática, feita nas meninas e mulheres, é mais importante para os homens ou para as mulheres?

- Homens
- Mulheres

Porquê?

Termina aqui o nosso questionário. Muito obrigada pela sua participação!

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

Estudo financiado pela FCT

QUESTIONÁRIO HOMENS

LOCAL DE APLICAÇÃO _____

A Universidade Nova de Lisboa está a realizar um estudo sobre a prática tradicional/excisão/corte. Gostaríamos que respondesse a este pequeno questionário para que nos desse a sua opinião sobre esta prática. As perguntas que temos para si não lhe roubarão mais de 10 minutos. No preenchimento do questionário, sinta-se à vontade para não responder a alguma pergunta que não queira ou que o deixe pouco confortável.

Gostaríamos ainda de referir que este questionário garante o seu **anonimato** e que a informação será usada numa perspectiva unicamente científica.

Caracterização individual

Idade _____ Sexo _____

Naturalidade (país e localidade): _____

Freguesia onde reside actualmente: _____

1. Já ouviu falar da excisão, ou corte, ou prática tradicional?

- Sim (Se sim, passe à pergunta 2)
- Não (Se não, termina aqui a sua colaboração, obrigada).

2. No seu entender, porque é que esta prática existe há tanto tempo?

3. Pensa que é uma boa prática para as mulheres?

- Sim
- Não

Porquê?

4. Em Portugal, acha que as comunidades migrantes, especialmente do seu país natal, ainda fazem esta prática?

- Sim
- Não

5. Pensa que a emigração contribui para a diminuição da realização da prática, nos países de destino?

- Sim
- Não

Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões mais pessoais.

6. Entre pais, avós, irmãos, tios, primos e sobrinhos, quantas pessoas constituem a sua família?

Nº _____ Homens
Nº _____ Mulheres

7. Tem alguma mulher ou menina na sua família que já tenha sido submetida à prática?

- Sim
- Não (Se não, passe para a pergunta 8)

7.1. Pode dar-nos algumas informações sobre essa(s) familiar(es):

Parentesco	Indique o número de familiares submetidas à prática	Que idade tinha(m) ela(s) quando aconteceu (aproximadamente)?	Onde aconteceu? Portugal, terra natal ou outro país?	Quem insistiu mais para que a sua familiar realizasse a prática?
Mãe				
Filha				
Irmã				
Prima				
Sobrinha				
Outro. Qual? _____				

7.2. Sabe se a(s) sua(s) familiar(es) teve(tiveram) algum problema de saúde relacionado com a realização da prática?

- Sim
- Não

Se sim, sabe qual foi?

8. Caso venha a ter filhas, pensa submetê-las à prática?

- Sim
- Não

Porquê?

9. Gostaria que a sua futura mulher fosse excisada?

- Sim
- Não

Porquê?

10. Pensa que esta prática, feita nas meninas e mulheres, é mais importante para os homens ou para as mulheres?

- Homens
- Mulheres

Porquê?

Termina aqui o nosso questionário. Muito obrigada pela sua participação!

10.4. Guiões de entrevista

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

Estudo financiado pela FCT e CIG

Guião de entrevistas a mulheres e raparigas

Preâmbulo de apresentação: A Universidade Nova de Lisboa está a realizar um estudo sobre a prática tradicional/excisão/corte. Gostaríamos de falar consigo um pouco para que nos desse a sua opinião sobre esta prática. As perguntas que temos para si não lhe roubarão mais de 10 minutos. No decorrer da nossa conversa, por favor, sinta-se à vontade para não responder a alguma pergunta que não queira ou que a deixe pouco confortável.

Gostaríamos ainda de pedir a sua autorização para gravar a nossa conversa, garantindo desde já o seu anonimato e utilização das informações sob uma perspectiva unicamente científica.

Caracterização

Idade _____

Naturalidade (País e localidade): _____

Freguesia onde reside actualmente: _____

1. Já ouviu falar da excisão, corte ou prática tradicional?
2. E porque é que continua a existir?
3. Considera que esta prática é boa?
 - a) Porquê?
4. [Se não referiu meninas na 3] E para as meninas, pensa que é uma boa prática?
 - a) Porquê?
5. No seu País natal pratica-se a excisão ou outras formas desta prática?
6. Em Portugal acha que as comunidades migrantes, especialmente do seu país natal, a praticam?
7. Já ouviu falar de casos?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

- a) Pode contar-nos?
8. Pensa que a prática deve continuar?
- a) Porquê?
9. Pensa que a emigração contribui para a diminuição da realização da prática, nos países de destino?
10. Em Portugal, já ouviu falar nalgum tipo de campanha para combater a prática (associações, hospitais, centros de saúde, aeroporto)?
- a) Se sim, que campanhas e onde?

Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões mais pessoais.

11. Foi excisada? [se não, passar para a 18.]
- a) Se sim, que tipo de corte?
12. Que idade tinha quando isso aconteceu?
13. Foi na sua terra natal?
14. Quem realizou a prática?
15. Que justificação lhe deram para o fazer?
16. Teve alguns problemas de saúde relacionados com a prática?
- a) Se sim, quais?
17. Foi a algum hospital ou centro de saúde por causa desses problemas?
- a) Se sim, qual?
- b) Se não, a quem recorreu dentro da comunidade?
18. Tem filhas? [se não, passar para a 19.]
- 17.1 Quantas?
- 17.2 Quantas foram submetidas à prática?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e
recomendações para a sua eliminação

a) Porquê?

17.3 Que idade tinham quando foram submetidas à prática?

17.4 Que tipo de corte?

17.5 De quem foi a decisão das suas filhas serem excisadas?

19. Caso venha a ter filhas/mais filhas, tenciona submete-las a essa tradição?

18.1 Porquê?

20. Caso tenha apenas filhos homens, gostaria que eles casassem com uma mulher
submetida a estas práticas?

20.1 Porquê?

(fim da entrevista)

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

Estudo financiado pela FCT

Guião de entrevistas a homens

Preâmbulo de apresentação: A Universidade Nova de Lisboa está a realizar um estudo sobre a prática tradicional/excisão/corte. Gostaríamos de falar consigo um pouco para que nos desse a sua opinião sobre esta prática. As perguntas que temos para si não lhe roubarão mais de 10 minutos. No decorrer da nossa conversa, por favor, sinta-se à vontade para não responder a alguma pergunta que não queira ou que a(o) deixe pouco confortável.

Gostaríamos ainda de pedir a sua autorização para gravar a nossa conversa, garantindo desde já o seu anonimato e utilização das informações sob uma perspectiva unicamente científica.

Caracterização

Idade _____ Sexo _____

Naturalidade (País e localidade): _____

1. Já ouviu falar da excisão ou corte ou prática tradicional?
2. No seu entender, porque é que esta prática existe há tanto tempo?
 - 2.1. E por que é que continua a existir?
3. Considera que esta prática é boa?
 - 3.1. Porquê?
4. [Se não referiu meninas na 3] E para as meninas, pensa que é uma boa prática?
 - 4.1. Porquê?
5. [Se não referiu mulheres na 3] Pensa que é uma boa prática para as mulheres?
 - 5.1. Porquê?
6. Em Portugal acha que as comunidades migrantes, especialmente do seu país natal, ainda têm esta prática?
7. Já ouviu falar de casos?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

- 7.1. Pode contar-nos?
8. Pensa que a prática deve continuar?
- 8.1. Porquê?
9. Pensa que a emigração contribui para a diminuição da realização da prática, nos países de destino?
10. Em Portugal, já ouviu falar nalgum tipo de campanha para combater a prática (associações, hospitais, centros de saúde, aeroporto)?
- a) Se sim, que campanhas e onde?

Gostáramos agora de lhe colocar algumas questões mais pessoais

11. Tem alguma mulher ou menina na sua família que já tenha sido submetida à prática? [se não, passar para 12.]
- 11.1. Que tipo de corte lhe fizeram?
- 11.2. Qual o grau de parentesco que tem com a pessoa em causa? [se filhas, passar para a alínea a) da 12.]
- 11.3. Que idade tinha a sua familiar quando isso aconteceu?
- 11.4. Aconteceu na sua terra natal?
- a) Se não, onde?
- 11.5. Quem insistiu mais para a realização da prática?
- 11.6. Quem realizou a prática?
- 11.7. Sabe se a sua familiar teve alguns problemas de saúde relacionados com a prática?
- a) Se sim, que problemas?
12. [Apenas aplicável se não referiu filhas anteriormente] Tem filhas? [Se não tem filhas passar para a 14.]
- a) Se sim, quantas filhas tem?

13. As suas filhas foram submetidas à prática? [se não, ir para o fim da entrevista]

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

a) Se sim, quantas delas?

13.1. Que idade tinham?

13.2. Aconteceu na sua terra natal?

a) Se não, onde?

13.3. Quem insistiu mais para a realização da prática?

13.4. Quem realizou a prática?

13.5. As suas filhas tiveram algum problema de saúde como consequência da excisão?

13.6. Recorreu a algum hospital ao centro de saúde em virtude dessas lesões?

13.6.1. [caso não tenha recorrido] Porquê?

13.6.2. [caso não tenha recorrido] A quem recorreu dentro da comunidade?

14. [No caso de não ter filhas] Caso venha a ter filhas, pensa submetê-las à prática?

a) Porquê?

Caso o familiar seja homem¹

I – Caso seja casado

15. O que é que a sua mulher acha desta prática?

16. Já conversaram sobre isso?

17. A sua mulher é excisada?

18. Quando casou, sabia?

19. E isso era importante para si?

18.1 Porquê?

¹ Nestes casos o entrevistado deverá responder, igualmente, às outras questões anteriores.

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

20. Sabe se houve alguma questão de saúde associada?

21. Na sua opinião, quais são as vantagens desta prática para as mulheres?

21.1. E para os homens?

II – Caso não seja casado

14. Gostaria que a sua futura mulher fosse excisada?

14.1. Porquê?

15. Na sua opinião, quais são as vantagens desta prática para as mulheres?

15.1. E para os homens?

16. Pensa que esta prática é mais importante para os homens ou para as mulheres?

16.1. Porquê?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

Estudo financiado pela FCT e CIG

Guião de entrevistas a profissionais de saúde

Preâmbulo de apresentação: A Universidade Nova de Lisboa está a realizar um estudo sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF). Gostaríamos de falar consigo um pouco para que nos desse a conhecer qual a sensibilidade dos profissionais de saúde para a prática da MGF e as principais dificuldades com que se deparam na detecção dos sinais físicos da prática.

Gostaríamos ainda de pedir a sua autorização para gravar a nossa conversa, garantindo desde já o seu anonimato e utilização das informações sob uma perspectiva unicamente científica.

Caracterização

Idade _____ Sexo _____

Centro de Saúde _____ Hospital _____

Serviço _____ Profissão _____

I - Sensibilização e conhecimento da prática da MGF

1. Já ouviu falar da prática da Mutilação Genital Feminina (MGF)?
 - a) Se sim, onde ouviu falar na prática pela primeira vez (meio profissional ou outro)?
 - a. Se outro qual?
2. Fala habitualmente sobre o tema da MGF com colegas?
3. Qual acha que é o nível de sensibilização e informação dos seus colegas para a prática da MGF?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

4. Pensa que a formação/sensibilização que os seus colegas têm sobre a MGF é suficiente ou seriam necessárias mais actividades de formação para profissionais de saúde?
5. Considera que os profissionais de saúde têm um papel importante na irradicação da MGF?
 - a. Se respondeu sim, qual?
 - b. Se respondeu não, porquê?
6. Como percepciona a prática da MGF no seio das comunidades praticantes?
 - 5.1 Por que motivos pensa que é praticada?
7. Pensa que a MGF é um problema em Portugal, nomeadamente no que respeita às comunidades imigrantes que residem no país?
8. Tem conhecimento da realização desta prática no território Português?

II - Detecção da MGF nas instituições de saúde

9. Saberia identificar os sinais da prática da MGF numa paciente?
10. Já identificou alguma MGF numa paciente? [se não, passar à pergunta 12.)
 - 10.1 Quantos casos identificou?
 - 10.2 Que idades tinham?
 - 10.3 De que países eram?
 - 10.4 Qual o tipo de mutilação?
 - 10.5 Que sinais reconheceu?
 - 10.6 Em que países foram submetidas à MGF?
 - 10.6.1 Se em Portugal, deu conhecimento aos serviços sociais e/ou judiciais?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

- 10.7 Falou com colegas/superiores sobre os casos?
11. Já recorreram aos seus cuidados em virtude de consequências físicas da MGF?
- a) Se sim, que sintomatologia apresentavam?
12. Tem conhecimento da existência de um protocolo de actuação face a uma situação de utente com MGF?
- a) Se sim, qual a importância de sinalizar estas mulheres/meninas como prevê o protocolo?
13. Tem conhecimento da existência de Legislação Portuguesa que enquadre a prática da MGF?
14. Acha que a MGF deveria ser um crime autónomo?
15. Conhece a plataforma da DGS para inserção de dados de MGF?
16. Sabe se os seus colegas a utilizam para inserção dos casos de MGF que detectam?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

Estudo financiado pela FCT e CIG

Guião de entrevistas exploratórias a representantes de Associações

Preâmbulo de apresentação: A Universidade Nova de Lisboa está a realizar um estudo sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF). Gostaríamos de falar consigo um pouco para que nos desse a conhecer o trabalho que a sua associação faz em relação à prática da MGF, nomeadamente ao nível da prevenção junto da comunidade, bem como a importância da prática para as comunidades onde ela é praticada.

Gostaríamos ainda de pedir a sua autorização para gravar a nossa conversa, garantindo desde já o seu anonimato e utilização das informações sob uma perspectiva unicamente científica.

Caracterização

Idade _____ Sexo _____

Naturalidade (País e localidade): _____

Associação _____

I - Percepções e questões culturais da Comunidade

1. Com que comunidade trabalha?
2. Que tipo de trabalho é que a sua associação faz com a comunidade?
3. Quais os principais desafios de integração desta comunidade na sociedade portuguesa?
4. Quais pensa serem as principais diferenças culturais entre a comunidade e a Portuguesa?
5. Quais são as percepções da comunidade em relação aos papéis de género?
6. Pensa que essas visões se alteram com a integração na comunidade Portuguesa?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

7. Qual é a visão dos papéis de género das gerações mais jovens, nomeadamente das já nascidas em Portugal?

II - A prática da MGF na Comunidade

8. Especificamente em relação à prática da Mutilação Genital Feminina (MGF), qual é a importância que esta tem na comunidade?

9. Porque pensa que esta prática persiste junto da comunidade?

10. Sabe se é uma prática que continua a ser feita depois da chegada a Portugal?

a) Se sim, a meninas com que idade?

11. Quem são as pessoas que insistem para que a prática continue a ser feita quando chegam a Portugal?

12. E quem são as pessoas que praticam a MGF aqui?

13. Sabe se é do conhecimento generalizado da comunidade que a MGF tem sérias consequências para a saúde?

a) Se não, o que falta para fazer chegar essa informação à comunidade?

14. Sabe se as mulheres, raparigas ou meninas recorrem aos hospitais ou centros de saúde em Portugal em virtude dessas consequências para a saúde?

a) Se não recorrem, porque pensa que não o fazem?

b) Se não recorrem, recorrem a alguém?

c) Quem?

15. Acha que a prática algum dia vai ser abandonada pela comunidade?

16.1 Porquê?

16. E qual o papel da sua associação no combate à MGF? (especificar actividades)

17. Têm bom acolhimento junto da comunidade?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e
recomendações para a sua eliminação

18. Pensa que a comunidade estará disponível para falar e debater a MGF?
19. Qual pensa que pode ser o papel da sociedade Portuguesa para ajudar a eliminar a MGF?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

Estudo financiado pela FCT e CIG

Guião de entrevistas exploratórias a profissionais Jurídicos

Preâmbulo de apresentação: A Universidade Nova de Lisboa está a realizar um estudo sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF). Gostaríamos de falar consigo um pouco para que nos desse a conhecer qual a sensibilidade dos profissionais de saúde para a prática da MGF e as principais dificuldades com que se deparam na detecção dos sinais físicos da prática.

Gostaríamos ainda de pedir a sua autorização para gravar a nossa conversa, garantindo desde já o seu anonimato e utilização das informações sob uma perspectiva unicamente científica.

Caracterização

Idade _____ Sexo _____

Profissão _____

I - Sensibilização e conhecimento da prática da MGF

1. Já ouviu falar da prática da Mutilação Genital Feminina (MGF)?
 - a) Se sim, onde ouviu falar na prática pela primeira vez (meio profissional ou outro)?
 - a. Se outro qual?
2. Fala habitualmente sobre o tema da MGF com colegas?
3. Qual acha que é o nível de sensibilização e informação dos seus colegas para a prática da MGF?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

4. Pensa que a formação/sensibilização que os seus colegas têm sobre a MGF é suficiente ou seriam necessárias mais actividades de formação para profissionais da sua área jurídico-penal?
5. Considera que os profissionais da sua área têm um papel importante na irradicação da MGF?
 - a. Se respondeu sim, qual?
 - b. Se respondeu não, porquê?
6. Como percepciona a prática da MGF no seio das comunidades praticantes?
 - 5.1 Por que motivos pensa que é praticada?
7. Pensa que a MGF é um problema em Portugal, nomeadamente no que respeita às comunidades imigrantes que residem no país?
8. Tem conhecimento da realização desta prática no território Português?

II - Detecção da MGF nas instituições jurídicas e penais

9. Quais são os trâmites que segue um processo que tenha a ver com a MGF até chegar ao Ministério Público ou tribunais?
10. Pensa que esses trâmites são os mais adequados?
11. Já foi confrontada com algum caso de MGF na sua área? [se não, passar à pergunta 11.)
 - 10.1 Quantos casos?
 - 10.2 Quantos decorrem actualmente?
 - 10.3 Que idades tinham as vítimas?
 - 10.4 De que países eram?

Mutilação Genital Feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação

- 10.5 Qual o tipo de mutilação?
12. Pensa que o enquadramento da MGF na Legislação Portuguesa é o adequado?
13. Acha que a MGF deveria ser um crime autónomo?
14. Se sim, quem se deveria criminalizar?
15. Concorda com o sistema de prevenção adoptado por exemplo em Inglaterra que revista as crianças e pré-adolescentes nos aeroportos antes de viajarem para os países sinalizados como praticantes de MGF?

10.5. Quadro de comparação dos estudos de prevalência na UE

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"> . Mulheres originárias de países praticantes (Censos 2011) . Registos de nascimentos . Método de extrapolação . Desagregação por grupo etário (15-49 e 50+) . Cálculo adicional excluindo grupos étnicos não praticantes . Não usam o conceito de risco para as meninas (0-14) mas o de já foram/serão submetidas a MGF . Não é tido em conta o efeito da migração 	Macfarlane, Alison; Dorkenoo, Eua (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 http://www.equalitynow.org/sites/default/files/FGM%20EN%20City%20Estimates.pdf	
Bélgica	2014	13 112	48092 (*)	27	4 084	2012	<ul style="list-style-type: none"> . 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&G) . Considera-se em risco as meninas e mulheres de 2ª geração (nascidas fora dos países praticantes) sem ter em conta a idade . Método de extrapolação da prevalência por grupo etário . Desagregação por região . Não são indicados os países considerados (28) . Não são apresentados os valores por grupo etário . Não foram considerados: mulheres não documentadas, grupo étnico, influência da migração, impacto da lei, etc.) <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 http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-Etude-Prevalence-Resume-04-02-2014-final.pdf	Informação retirada da publicação e do site do EIGE. Disponível em http://eige.europa.eu/content/%C3%A9tude-de-pr%C3%A9valence-des-femmes-exc%C3%A9e-et-des-filles-%C3%A0-risque-d%E2%80%99excision-en-belgique

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

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
Holanda	2013	29 120	69769 (*)	42	557-3477	2012	<ul style="list-style-type: none"> . 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) . 29 países . Extrapolação corrigida por cenários . A desagregação por idade é diferente da normalmente utilizada (*) 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 http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/vrouwelijkegenitaleverminkinginnederland-finalreportfgminnl1.pdf</p>	
Alemanha	2013	24 997	91202 (*)	27	2 500	2013	<ul style="list-style-type: none"> . 28 países . Meninas e mulheres com nacionalidade dos países praticantes (German Statistical Office) . Método de extrapolação da prevalência - global (com base nos dados da UNICEF) com recurso à idade mediana aquando do corte . Meninas em risco são as que estão abaixo da idade mediana do corte e prevalência as meninas e mulheres que estão acima desse limiar . Não são apresentados dados por escalão etário . Cálculos feitos com base na prevalência global e não na prevalência por escalão etário . Não são tidas em conta as mulheres naturalizadas . Não foi considerado o Líbano (*) 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 http://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Statistik-FGM.pdf</p>	<p>Informação retirada do site do EIGE uma vez que o relatório está em alemão. Disponível em http://eige.europa.eu/content/dunkelzifferstatistik-zur-weiblichen-genitalverst%C3%BCmmelung-in-deutschland</p>

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

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
Irlanda	2013	3 780	10636 (*)	36	---	2011	<ul style="list-style-type: none"> . Censos 2011 . Mulheres residentes originárias de países praticantes . Método de extrapolação da prevalência (global) . Não é usada nem apresentada informação por grupo etário . Apenas são consideradas as mulheres com 15-44 anos . Apenas consideram 24 países (não é dada informação se os outros 5 não são considerados por não haver nenhuma mulher proveniente daí) (*) Apenas mulheres dos 15-44 anos - % não é comparável com a portuguesa 	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 http://akidwa.ie/publications/2nd-Edition-FGM-Handbook-for-Healthcare-Professionals-in-Ireland.pdf	
Hungria	2012	170-350	---	---	---	2011	<ul style="list-style-type: none"> . Fontes: mulheres estrangeiras, refugiadas, ao abrigo de protecção temporária e residentes em centros de recepção de imigrantes (Office of Immigration and Nationality) . Extrapolação da prevalência global . São apenas consideradas estrangeiras, ou seja, com nacionalidade não húngara . Sem dados para 2ª geração . Sem desagregação por grupo etário nem país de origem 	Köszeghy, L. (2012). FGM prevalence in Hungary - estimation . Disponível em http://mona-alapitvany.hu/wp-content/uploads/2012/11/fgm-prevalence-in-hungary-estimation.pdf	
Itália	2009	35 000	110000 (*)	32	1 100	2008	<ul style="list-style-type: none"> . Mulheres legais residentes (não se indica a fonte) provenientes de 26 países africanos . Extrapolação (não se explica como) . Factor de ponderação na extrapolação encontrado através das entrevistas (sem critério explícito) . Desagregação por região . Meninas em risco diz respeito a menores de 17 anos . Não é feita desagregação por idade nem por país de origem . Metodologia utilizada não é clara (*) Número de mulheres naturais daqueles países independentemente da idade - % não é comparável com a portuguesa 	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/II_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf	