

Eliminação da Mutilação genital feminina

Declaração Conjunta

OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO,
UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS



Organização
Mundial da Saúde

APF

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

Eliminação da Mutilação Genital Feminina

Declaração Conjunta

OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO,
UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS



A edição portuguesa de *Eliminação da Mutilação Genital Feminina – Declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS* contou com o apoio do IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.



Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP) – Biblioteca da OMS

Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS.

1.Circuncisão feminina 2.Clitoris – cirurgia 3.Características culturais 4.Cooperação Internacional. I.Organização Mundial da Saúde. II.Tít. original: Eliminating female genital mutilation: an interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO

ISBN 978-92-4-159644-2

(Classificação NLM: WP 660)

A versão original foi publicada pela Organização Mundial da Saúde em 2008, com o título *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.*

© Organização Mundial da Saúde 2008

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas através de: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial – devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem suas autoridades, nem tampouco sobre questões de demarcação de fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com excepção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material recai sobre o leitor. Em nenhuma circunstância a OMS poderá ser responsabilizada por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

A edição de *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS* é publicada em 2009 pela Associação para o Planeamento da Família.

© Associação para o Planeamento da Família 2009

O Director-Geral da Organização Mundial da Saúde concede os direitos de tradução para edição em língua portuguesa à Associação para o Planeamento da Família (APF), única responsável pela edição portuguesa.

Tradução do original: João Conceição e Silva

Paginação: João Conceição e Silva, Inês de Vilhena

Revisão: Alice Frade (Antropóloga), Conceição Brito Lopes (Jurista),

Lisa Ferreira Vicente (Ginecologista-Obstetra), Yasmina Gonçalves (Psicóloga)

ISBN 978-972-8291-25-9

Tiragem: 3000 exemplares

Impresso em 2009

Índice:

Eliminação da mutilação genital feminina: um imperativo	1
Porquê esta nova declaração?	5
Mutilação genital feminina – o que é e porque persiste	6
Mutilação genital feminina é uma violação dos direitos humanos	10
Mutilação genital feminina tem consequências nefastas	13
Acção para a completa eliminação da mutilação genital feminina	16
Conclusão	26
Anexo 1: Nota sobre a terminologia	27
Anexo 2: Nota sobre a classificação da mutilação genital feminina	28
Anexo 3: Países onde a mutilação genital feminina está documentada	34
Anexo 4: Tratados de direitos humanos e documentos de consenso, regionais e internacionais, que protegem e salvaguardam contra a mutilação genital feminina	36
Anexo 5: Complicações para a saúde resultantes da mutilação genital feminina	38
Referências	41



Eliminação da mutilação genital feminina: um imperativo



A expressão “mutilação genital feminina” (também chamada “corte dos genitais femininos” e “mutilação genital feminina / corte”) refere-se a todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos. Estima-se que entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres em todo o mundo tenham sido submetidas a estes processos e que, anualmente 3 milhões de meninas corram o risco de sofrer uma mutilação genital. Há registo da prática de mutilação genital feminina por todo o globo, embora predomine nas regiões do Oeste, Este e Nordeste de África, em alguns países na Ásia e Médio Oriente e entre certas comunidades de imigrantes na América do Norte e Europa.



Não são conhecidos quaisquer benefícios para a saúde advindos da mutilação genital feminina. Pelo contrário, é do conhecimento comum que a prática prejudica das mais diversas formas meninas e mulheres. Antes de mais, é dolorosa e traumática. A remoção ou lesão de tecido genital saudável interfere com o funcionamento natural do corpo e tem, quer no imediato quer a longo prazo, consequências na saúde. Por exemplo, recém-nascidos cuja mãe tenha sido submetida a mutilação genital feminina sofrem de uma taxa de mortalidade neonatal superior, quando comparada com recém-nascidos de mulheres que não foram submetidas a este procedimento.

As comunidades que praticam a mutilação genital feminina apresentam uma variedade de razões de índole social e religiosa para a sua continuação. Do ponto de vista dos direitos humanos, a prática reflecte uma desigualdade entre sexos profundamente enraizada e constitui uma forma extrema de discriminação contra as mulheres. A mutilação genital feminina é quase sempre exercida sobre menores, sendo, por conseguinte, uma violação dos direitos da criança. Do mesmo modo, a prática viola os direitos à saúde, à segurança e integridade física da pessoa, o direito de estar livre de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante e o direito à vida, quando daí resulta a morte.

Décadas de trabalho de prevenção levado a cabo por comunidades locais, governos e organizações nacionais e internacionais contribuíram para a redução da prevalência da mutilação genital feminina em algumas áreas geográficas. Comunidades que adoptaram processos colectivos de tomada de decisão foram capazes de abandonar a prática. Na realidade, quando as comunidades se decidem pelo abandono da mutilação genital feminina, esta pode ser eliminada muito rapidamente. Diversos governos fizeram aprovar legislação contra esta prática e, onde estas leis foram complementadas por programas de educação culturalmente orientados e campanhas de sensibilização / informação, a prevalência também diminuiu. Organizações nacionais e internacionais têm desempenhado um papel crucial no advogar do combate à mutilação e no sistematizar de dados e informação que corroboram as suas consequências prejudiciais.

A Declaração Solene Sobre a Igualdade de Género em África, da União Africana e o seu Protocolo à Carta Africana para os Direitos Humanos e dos Povos Sobre os Direitos das Mulheres em África constitui uma contribuição de grande valor para a promoção da igualdade de género e para a eliminação da mutilação genital feminina.

Contudo, apesar de alguns sucessos, a redução da taxa global de prevalência da mutilação genital feminina tem sido lenta. Fortalecer o trabalho para a eliminação desta prática é, portanto,



um imperativo à escala global que é essencial para a concretização de muitos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A presente Declaração é um apelo a todos os Estados, organizações nacionais e internacionais, à sociedade civil e às comunidades para que defendam os direitos de meninas e mulheres. É, também, um apelo a esses organismos e comunidades para que desenvolvam, intensifiquem e apoiem acções específicas e concretas, e orientadas com vista a acabar com a mutilação genital feminina.

Em nome das nossas respectivas agências, reafirmamos o nosso compromisso para a eliminação da mutilação genital feminina no espaço de uma geração.

Louise Arbour
Alta Comissária
Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH)

Thoraya A. Obaid
Directora Executiva
Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)

Peter Piot
Director Executivo
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH / SIDA (ONUSIDA)

António Guterres
Alto Comissário para os Refugiados
Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR)

Kemal Dervis
Administrador
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Ann M. Veneman
Directora Executiva
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Abdoulie Jannet
Subsecretário Geral e Secretário Executivo
Comissão Económica para África (UNECA)

Joanne Sandler
Directora Executiva, a.i
Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM)

Koïchiro Matsuura
Director-Geral
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)

Margaret Chan
Directora-Geral
Organização Mundial da Saúde (OMS)



Porquê esta nova declaração?

Em 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) emitiram uma Declaração Conjunta sobre a mutilação genital feminina (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997) que descrevia as implicações da prática para a saúde pública e direitos humanos e declarava o apoio ao seu abandono.

Desde então, grandes esforços têm sido empregues para o fim da mutilação genital feminina através da investigação, para fundamentar com bases factuais intervenções subsequentes, através do trabalho desenvolvido junto das comunidades, através da advocacy e da aprovação de legislação. Obtiveram-se progressos tanto a nível local como internacional. Um maior número de agências das Nações Unidas está envolvido; organismos de Monitorização do Tratado dos Direitos Humanos e resoluções internacionais condenaram a prática; em muitos países os enquadramentos legais foram melhorados; e o apoio político para o fim da mutilação genital feminina tem crescido. Acima de tudo, é importante reter que em alguns países a prevalência da mutilação genital feminina diminuiu e um número crescente de mulheres e homens, das comunidades que a praticam, têm declarado o seu apoio ao abandono da mutilação.

Apesar destes sinais positivos, a prevalência em muitas zonas mantém-se elevada, sendo urgente a intensificação, proliferação e melhoramento dos esforços para que se torne possível eliminar a mutilação genital feminina numa geração.

A presente Declaração Conjunta foi elaborada e assinada por um grupo mais alargado de organismos das Nações Unidas que a anterior,

para apoiar o advogar do abandono da mutilação genital feminina. Esta Declaração baseia-se em novas evidências e na experiência acumulada ao longo da última década. Realça o reconhecimento generalizado dos direitos humanos e da dimensão legal do problema e fornece dados actuais sobre a prevalência da mutilação genital feminina. Sintetiza os dados da investigação desenvolvida sobre as causas para a persistência da prática, sublinhando o facto de ser uma convenção social que apenas pode ser alterada pela acção colectiva e coordenada das comunidades praticantes. Para além disso, sintetiza investigações recentes sobre os efeitos prejudiciais na saúde das meninas, mulheres, e recém-nascidos. Partindo da experiência das intervenções em muitos países, esta nova declaração enumera os elementos necessários para o trabalho a desenvolver até ao abandono completo da mutilação genital feminina, e os cuidados necessários e dirigidos às pessoas que sofreram e continuam a sofrer as suas consequências.

Nota sobre a terminologia

A expressão “mutilação genital feminina” é usada nesta Declaração tal como o foi na Declaração Conjunta de 1997. A palavra “mutilação” enfatiza a gravidade do acto. Algumas agências da Nações Unidas empregam a expressão “mutilação genital feminina / corte”, em que o termo adicional “corte” procura reflectir a importância da utilização de terminologia imparcial e não valorativa junto das comunidades praticantes. Ambas as designações sublinham o facto de que o acto é uma violação dos direitos humanos das meninas e mulheres. Para mais considerações acerca da terminologia, consulte-se o Anexo 1.



Mutilação genital feminina - o que é e porque persiste



A mutilação genital feminina inclui todas as intervenções que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou que provoquem lesões nos órgãos genitais femininos, por razões não médicas. (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997).

A Declaração Conjunta OMS / UNICEF / UNFPA classificava a mutilação genital feminina em quatro categorias. A experiência prática recolhida com uso desta classificação, durante a última década, tem exposto algumas ambiguidades. Por conseguinte, a actual classificação incorpora alterações que respondem às preocupações e limitações encontradas, mantendo os quatro tipos (ver Anexo 2 para uma explicação detalhada e proposta de subdivisão dos diferentes tipos de mutilação).

Classificação

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

Tipo II: Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão).

Tipo III: Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e / ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (infibulação).

Tipo IV: Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção / picar, perfuração*, incisão / corte, escarificação** e cauterização.

A mutilação genital feminina é quase sempre realizada em meninas entre os 0 e 15 anos de idade. Ocasionalmente, contudo, mulheres adultas e casadas são também sujeitas à prática. A idade

na qual a mutilação genital feminina é praticada varia de acordo com as tradições e circunstâncias locais, embora actualmente esteja a diminuir em alguns países (UNICEF, 2005a).

Extensão da prática

A OMS estima que, em todo o mundo, entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres tenham sido sujeitas a um dos primeiros três tipos de mutilação genital feminina (OMS, 2000a). Estimativas baseadas nos dados mais recentes de prevalência indicam que, em África, 91,5 milhões de meninas e mulheres com mais de 9 anos, sofrem actualmente as consequências da mutilação genital feminina (Yoder e Khan, 2007). Calcula-se que, 3 milhões de meninas estejam expostas ao risco de mutilação genital feminina, por ano, em África (Yoder et al., 2004).

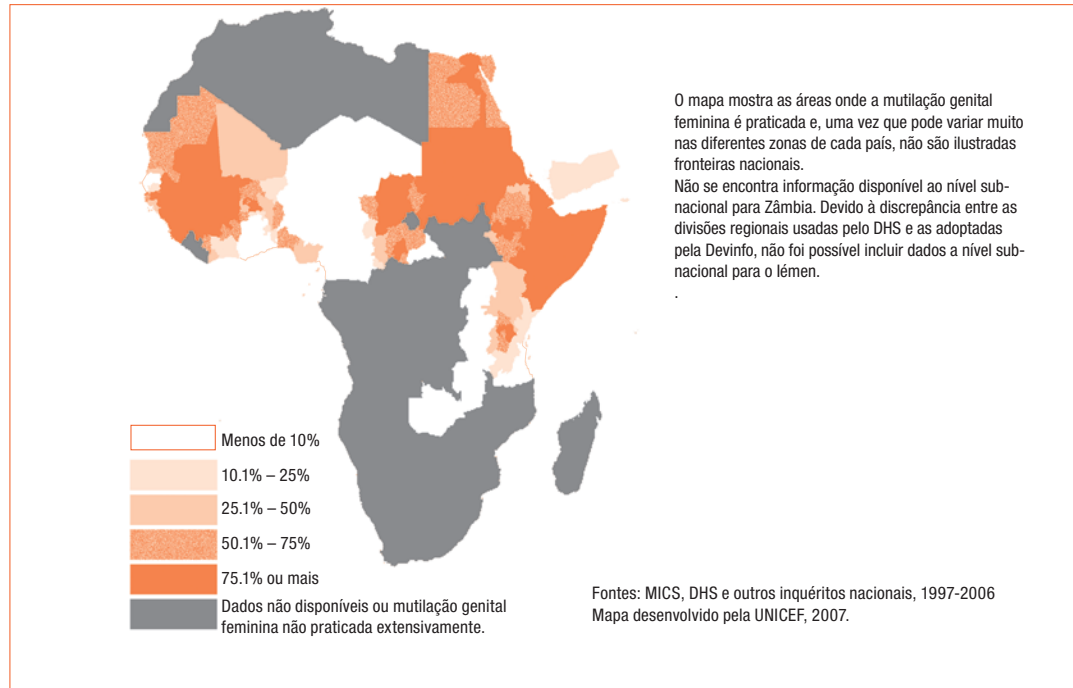
Os tipos I, II e III de mutilação genital feminina foram registados em 28 países Africanos e alguns países da Ásia e Médio Oriente (ver Anexo 3). Algumas formas de mutilação genital feminina foram registadas noutros países, inclusive em certos grupos étnicos da América Central e do Sul. A crescente migração fez aumentar o número de meninas e mulheres que, vivendo fora do seu país de origem, foram submetidas à mutilação genital feminina (Yoder et al., 2004) ou que correm o risco de serem sujeitas à prática.

A prevalência da mutilação genital feminina foi calculada através de inquéritos nacionais de larga escala, perguntando a mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos se tinham sido submetidas a qualquer tipo de corte. A taxa de prevalência varia consideravelmente, tanto dentro como entre regiões e países, e tem como factor determinante o enquadramento étnico (ver Figura 1 e Anexo 3). Em sete países a prevalência nacional é quase total (mais de 85%); quatro países registam elevados índices (60 – 85%); prevalência média (30 – 40%) encontra-se em sete países; os restantes

* No original "piercing"; não confundir com o adereço (N. do T).

** Escarificação: também "escariação" (N. do T).

Figura 1. Prevalência da mutilação genital feminina em África e no Iémen (mulheres com idades compreendidas entre 15 e 49 anos)



nove países registam baixa prevalência, que se situa entre 0.6% e 28.2%. Porém, as médias nacionais (ver Anexo 3) escondem, por vezes, variações profundas, na prevalência em diferentes zonas da maioria dos países (ver Figura 1).

O tipo de procedimento também varia consoante o enquadramento étnico. Estimativas recentes indicam que aproximadamente 90% de casos de mutilação genital feminina se referem aos tipos I e II e a situações em que os órgãos genitais de meninas foram “danificados”, mas sem remoção de tecidos (tipo IV) e que cerca de 10% correspondem ao tipo III (Yoder e Khan, 2007).

Porque persiste a prática

Em todas as sociedades em que é praticada, a mutilação genital feminina é uma manifestação de desigualdade de género que está profundamente enraizada em estruturas de ordem social, económica e política. Assim como a já extinta

prática de enfaixamento dos pés, na China, a prática de dote e o casamento de crianças, a mutilação genital feminina representa uma forma de controlo social sobre a mulher. Tais práticas têm o efeito de perpetuar papéis de género normativos que são desiguais e prejudiciais para as mulheres. A análise dos dados internacionais de saúde expõem a relação próxima entre a capacidade das mulheres exercerem controlo sobre as suas vidas e a convicção de que a mutilação genital feminina deve ser extinta (UNICEF, 2005b).

Nos locais onde a mutilação genital feminina é praticada de forma generalizada, é apoiada tanto por homens como por mulheres, geralmente de forma acrítica, e os seus opositores podem estar sujeitos à condenação e desonra, à perseguição e ao ostracismo. Como tal, a mutilação genital feminina é uma convenção social acompanhada por recompensas e punições que constituem uma poderosa força motriz para a continuação da prática. Face a esta natureza convencional



da mutilação genital feminina, torna-se muito difícil para as famílias abandonar a prática sem suporte da comunidade alargada. Na realidade, é frequentemente praticada mesmo com consciência do dano provocado nas meninas, uma vez que os supostos ganhos sociais são percebidos como mais elevados que as desvantagens (UNICEF, 2005a).

A família alargada está, normalmente, envolvida na tomada de decisão acerca da mutilação genital feminina, embora sejam, geralmente, as mulheres, as responsáveis pelos preparativos da cerimónia. A mutilação genital feminina é considerada necessária na correcta educação de uma menina e na preparação para a idade adulta e casamento. (Yoder et al., 1999; Ahmadu, 2000; Hernlund, 2003; Dellemborg, 2004). Em algumas sociedades, a prática é associada a rituais de passagem, por vezes, de entrada em sociedades secretas de mulheres, rituais considerados necessários para que as jovens se tornem adultas e membros responsáveis da sociedade em geral (Ahmadu, 2000; Hernlund, 2003; Behrendt, 2005; Johnson, 2007). As próprias meninas podem desejar ser submetidas às intervenções, como resultado da pressão social a que estão sujeitas pelos seus pares e compelidas pelo medo de estigmatização e rejeição pelas suas comunidades, caso não sigam a tradição. Para além disso, em alguns locais são concedidas recompensas como celebrações, reconhecimento público e ofertas (Behrendt, 2005; UNICEF, 2005a). Consequentemente, nas culturas em que é praticada de forma generalizada, a mutilação genital feminina tornou-se uma parte importante da identidade cultural de meninas e mulheres e pode mesmo transmitir um sentido de orgulho, de maturidade e de integração na comunidade.

É frequentemente expectável que os homens casem apenas com mulheres que tenham sido submetidas à prática. O desejo de um casamento segundo os trâmites instituídos, frequentemente um factor essencial na segurança económica e social, bem como na satisfação de ideais de ser mulher e feminilidade, poderá ser responsável pela persistência da prática.

Algumas das restantes justificações apresentadas para a mutilação genital feminina estão igualmente relacionadas com as competências casadoiras das meninas e consistentes com os requisitos necessários a uma esposa “adequada”. É crença comum que a prática assegura e preserva a virgindade das meninas ou mulheres (Talle, 1993, 2007; Berggren et al., 2006; Gruenbaum, 2006). Em algumas comunidades, entende-se que reprime o desejo sexual, garantindo fidelidade conjugal e prevenindo comportamento sexual que seja considerado desviante e imoral (Ahmadu, 2000; Hernlund, 2000, 2003; Abusharaf, 2001; Gruenbaum, 2006). Da mesma forma considera-se que a mutilação genital feminina mantém as jovens “limpas” e belas. A remoção de partes da genitália é entendida como a eliminação de partes “masculinas”, tais como o clítoris (Talle, 1993; Ahmadu, 2000; Johansen, 2007) ou, no caso da infibulação, como forma de alcançar uma suavidade considerada necessária para ser bela (Talle, 1993; Gruenbaum, 2006). Uma crença ocasionalmente apontada por mulheres é a de que a mutilação genital feminina aumenta o prazer sexual masculino (Almroth-Berggren et al., 2001).

Em muitas comunidades, a prática pode também ser suportada por crenças de índole religiosa (Budiharsana, 2004; Dellenborg, 2004; Gruenbaum, 2006; Clarence-Smith, 2007; Abdi, 2007; Johnson, 2007). Ainda que

a prática possa ser encontrada entre Cristãos, Judeus e Muçulmanos, nenhum dos seus textos sagrados prescreve a mutilação genital feminina; a prática precede tanto o Cristianismo como o Islamismo (OMS, 1996a; OMS e UNFPA, 2006). O papel desempenhado por líderes religiosos é diverso. Aqueles que apoiam a prática tendem a considerá-la um acto religioso ou a encarar os esforços envidados no sentido da eliminação como uma ameaça à cultura e religião. Outros líderes religiosos apoiam e participam nos esforços para a sua eliminação. Nas situações em que os líderes religiosos são pouco claros ou evitam o tema, é geralmente percebido que são a favor da mutilação genital feminina.

A prática da mutilação genital feminina é normalmente suportada por estruturas de poder e autoridade local, como os líderes tradicionais e religiosos, circuncisadores / excisadoras, anciãos e mesmo pessoal médico. Na realidade, está documentado o aumento dos actos executados por pessoal médico (ver caixa “Os Profissionais de Saúde não devem, nunca, realizar actos de mutilação genital feminina”, página 14). Em muitas sociedades, as anciãs que foram sujeitas à mutilação actuam 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 (Toubia e Sharief, 2003; Draege, 2007; Johnson, 2007). Note-se que alguns destes actores desempenham papéis cruciais na eliminação da mutilação genital feminina.

A mutilação genital feminina é ocasionalmente adoptada por novos grupos e em novas zonas geográficas após processos de deslocamento

e migração (Abusharaf, 2005, 2007). Outras comunidades foram levadas a adoptar a prática por influência de grupos vizinhos (Leonard, 2000; Dellenborg, 2004) e, por vezes, inseridas em movimentos de revivalismo tradicional ou religioso (Nypan, 1991). A preservação da identidade étnica com o intuito de acentuar as diferenças relativamente a grupos não praticantes pode também ser importante, especialmente em períodos de intensa mudança social. Por exemplo, a mutilação genital feminina é praticada por comunidades imigrantes fixadas em países sem tradição da prática (Dembour, 2001; Johansen, 2002, 2007; Johnson 2007). Do mesmo modo, a mutilação genital feminina, acontece quando mulheres e suas filhas, ainda que de grupos não praticantes, casem com homens de grupos onde a mutilação genital feminina é prática comum (Shell-Duncan e Hernlund, 2006).

As decisões conducentes à prática em meninas envolvem um grupo alargado de pessoas que podem ter opiniões distintas e diferentes graus de influência (Shell-Duncan e Hernlund, 2006; Draege, 2007). Isto aplica-se até na reinfibulação de mulheres adultas (Berggren et al., 2006). Em períodos de mudança, a mutilação genital feminina pode originar discussões e desavenças e casos há em que alguns membros das famílias, contra a vontade de outros, organizam o procedimento (Draege, 2007). Para além disso, quer indivíduos quer comunidades, podem mudar de ideias e opiniões várias vezes (Nypan, 1991; Shell-Duncan e Hernlund, 2006). A tomada de decisão é complexa e, para assegurar que as famílias que desejam abandonar a prática o podem fazer e manter a decisão de preservar os direitos das meninas, um grupo alargado de pessoas tem que concordar com o fim da mutilação genital (ver Secção “Acção para a completa eliminação da mutilação genital feminina”, página 16).



Mutilação genital feminina é uma violação dos direitos humanos



Qualquer tipo de mutilação genital feminina está reconhecido como prática nociva e uma violação dos direitos humanos das meninas e mulheres. Os direitos humanos – civis, culturais, económicos, políticos e sociais – estão enumerados em vários tratados internacionais e regionais. O regime legal é complementado por uma série de documentos de consenso político, tais como os resultantes das conferências e cimeiras mundiais das Nações Unidas, que reafirmam os direitos humanos e apelam aos governos para que garantam o seu completo respeito, protecção e cumprimento.

Muitos organismos de monitorização dos direitos humanos das Nações Unidas, incluíram a mutilação genital feminina nos seus relatórios de observação dos Estados, relativos ao cumprimento das obrigações para com os tratados. O Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, o Comité dos Direitos da Criança e o Comité dos Direitos Humanos têm activamente condenado a prática e recomendado medidas para o seu combate, que incluem a criminalização. O Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres emitiu a sua Recomendação sobre

Fontes internacionais e regionais de direitos humanos

O apoio explícito à protecção dos direitos humanos das mulheres e meninas, no abandono da mutilação genital feminina, pode ser encontrado em tratados de direitos humanos internacionais e regionais e em documentos de consenso. Estes incluem, entre outros:

Tratados internacionais

- Convenção contra a Tortura e outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes
- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos
- Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais
- Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres
- Convenção sobre os Direitos da Criança
- Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados e o Protocolo Adicional à Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados

Tratados regionais

- Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos (Carta de Banjul) e o Protocolo sobre os Direitos da Mulher em África
- Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança
- Convenção Europeia para Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais

Documentos de consenso

- Declaração de Beijing e Plataforma de Acção da IV Conferência Mundial sobre a Mulher
- Declaração da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres
- Plano de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)
- Declaração Universal da UNESCO sobre Diversidade Cultural
- Conselho Económico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), Comissão sobre o Estatuto da Mulher. Resolução para o fim da Mutilação Genital Feminina. E/CN.6/2007/L.3/Rev.1.

(Ver Anexo 4 para informação detalhada sobre os tratados e documentos de consenso.)

a Circuncisão Feminina (Recomendação Geral nº. 14), onde, dirigindo-se aos estados, apela à aplicação das medidas apropriadas e efectivas com vista à eliminação da prática e solicita que incluam informação acerca das mesmas para a eliminação da mutilação genital feminina nos seus relatórios ao Comité. (Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 1990).

Direitos humanos violados pela mutilação genital feminina

A mutilação genital feminina viola uma série de princípios, normas e padrões de direitos humanos bem estabelecidos que incluem os princípios da igualdade e não discriminação com base no sexo, o direito à vida – quando dos procedimentos resulta a morte – e o direito a estar livre de tortura, punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante, assim como os direitos subsequentes. Uma vez que altera tecido genital saudável na ausência de necessidade médica e pode provocar



Os direitos da criança

Pela vulnerabilidade e necessidade de cuidados e apoios específicos, a legislação de direitos humanos confere às crianças protecção especial. Um dos princípios directores da Convenção sobre os Direitos da Criança é a atenção para com “os superiores interesses da criança”. Os pais que tomam a decisão de submeter as suas filhas à mutilação genital feminina acreditam que os benefícios obtidos através da intervenção são maiores que os riscos daí resultantes. Porém, tal percepção não pode justificar um acto com sequelas permanentes para toda a vida e que constitui uma clara violação dos direitos humanos fundamentais das meninas.

A Convenção sobre os Direitos da Criança faz referência ao envolvimento e capacidade das crianças tomarem decisões relativas a assuntos que a elas dizem respeito. Contudo, na mutilação genital feminina, mesmo nos casos em que aparenta existir um acordo ou desejo das meninas de se submeterem à intervenção, na realidade isso resulta da pressão social, expectativas da comunidade e de aspirações de serem aceites como membros de pleno direito da sua comunidade. Por esta razão, a decisão de uma menina se submeter a uma mutilação genital feminina não pode ser designada como livre, informada ou liberta de coacção.

Os instrumentos legais para a protecção dos direitos da criança reivindicam expressamente a abolição de práticas tradicionais que sejam prejudiciais para as suas vidas e saúde. A Convenção sobre os Direitos da Criança refere-se de forma explícita às práticas tradicionais prejudiciais e o Comité dos Direitos da Criança, juntamente com outros órgãos de controlo da aplicação dos tratados em matéria de direitos humanos, destacam com frequência a mutilação genital feminina como violação dos direitos humanos, apelando aos Estados Parte para que tomem todas as medidas apropriadas e efectivas para que a prática seja abolida.



consequências graves na saúde física e mental da mulher, a mutilação genital feminina é uma violação do direito da pessoa aos mais altos padrões de saúde.

A mutilação genital feminina está reconhecida como discriminação com base no sexo porque se fundamenta em desigualdades de género e desequilíbrios de poder entre homens e mulheres e inibe as mulheres do exercício completo e igual usufruto dos direitos humanos. É uma forma de violência sobre meninas e mulheres, com consequências físicas e psicológicas. A mutilação genital feminina priva as meninas e mulheres de tomarem uma decisão independente e informada sobre uma intervenção que tem um

efeito prolongado nos seus corpos e que afecta a autonomia e controlo individual sobre as suas vidas.

Os direitos à participação na vida cultural e liberdade religiosa estão protegidos por legislação internacional. Contudo, o direito internacional estipula que a liberdade de manifestação religiosa ou de crenças possa estar sujeita a limitações necessárias para proteger os direitos fundamentais e liberdades de outros. Desta forma, razões de índole social e cultural não podem ser invocadas em defesa da mutilação genital feminina (Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, Artigo 18.3; UNESCO, 2001, Artigo 4).

Mutilação genital feminina tem consequências nefastas

A mutilação genital feminina está associada a uma série de riscos e consequências para a saúde. A quase totalidade de meninas e mulheres submetidas à mutilação genital feminina sofre de dores e hemorragias como consequência do acto. A própria intervenção é traumática, uma vez que as meninas são, normalmente, coagidas fisicamente durante o procedimento. (Chalmers e Hashi, 2000; Talle, 2007). Após a infibulação, às meninas e mulheres as pernas são, frequentemente, atadas durante vários dias ou semanas (Talle, 1993). Outros problemas de saúde física e psicológica ocorrem com frequência variável. Geralmente, os riscos e complicações associados com os Tipos I, II e III são semelhantes, mas tendem a ser significativamente mais graves e persistentes quanto mais extensiva seja a intervenção. As consequências imediatas, como infecções, são quase sempre documentadas apenas quando as mulheres procuram cuidados médicos hospitalares. Consequentemente, a verdadeira extensão das complicações imediatas é desconhecida (Obermeyer, 2005). As consequências a longo prazo podem incluir dor crónica, infecções, diminuição de prazer sexual e outras consequências psicológicas, como stress pós-traumático. (Ver Anexo 5 para detalhes sobre os principais riscos e consequências para a saúde.)

Perigos para o parto

Conclusões de um estudo da OMS desenvolvido em diversos países, em que participaram mais de 28,000 mulheres, confirmam que aquelas que foram mutiladas genitalmente viram significativamente aumentados os riscos e complicações durante o parto. Regista-se uma maior incidência de parto por cesariana e de hemorragia pós-parto em mulheres sujeitas aos Tipos I, II e III, quando comparadas com mulheres não sujeitas à prática, e o risco aumenta com a gravidade das intervenções (Grupo de Estudo

sobre a Mutilação Genital Feminina e Prognóstico Obstétrico da OMS, 2006).

Uma conclusão nova e surpreendente do estudo é a de que a mutilação genital das mães tem efeitos negativos nos bebés recém-nascidos. De forma marcante, a taxa de mortalidade de bebés, durante e imediatamente após o parto em mães sujeitas a mutilação genital, é mais elevada do que a das que não o foram: 15% mais elevada para mães com mutilação de Tipo I, 32% para o Tipo II e 55% para Tipo III. Estima-se que, nas regiões estudadas, morrem mais um a dois bebés por cada 100, como resultado de mutilação genital feminina.

As consequências da mutilação genital para muitas das mulheres cujo parto acontece fora de ambiente hospitalar, são expectavelmente mais graves (Grupo de Estudo sobre a Mutilação Genital Feminina e Prognóstico Obstétrico da OMS, 2006). A elevada incidência de hemorragia pós-parto, condição que constitui risco de vida, é uma preocupação particularmente séria nos locais em que os serviços de saúde são precários ou quando as mulheres lhes têm maior dificuldade de acesso.

Nota

Por contraste com a mutilação genital feminina, a circuncisão (masculina) apresenta vantagens significativas para a saúde que ultrapassam o baixo risco de complicações quando executada, em condições de higiene, por profissionais devidamente equipados e formados. Vem sendo demonstrado que a circuncisão (masculina) reduz o risco de infecção por VIH em aproximadamente 60% (Auvert et al., 2005; Bailey et al., 2007; Gray et al., 2007) e é actualmente reconhecida como intervenção adicional para a redução da infecção nos homens em cenários com elevada incidência do VIH (ONUSIDA, 2007).





Os profissionais de saúde não devem, nunca, realizar actos de mutilação genital feminina

"A missão principal do médico consiste na salvaguarda da saúde da população."

Declaração de Helsínquia, da Associação Médica Mundial, 1964

Profissionais de saúde que executem actos de mutilação genital feminina violam o direito à vida das meninas e mulheres, o direito à integridade física e o direito à saúde. Do mesmo modo, violam o princípio fundamental de ética médica de "primeiro, não prejudicar". No entanto, há profissionais que realizaram e continuam a realizar a mutilação genital feminina (UNICEF, 2005a). Estudos revelam que, em alguns países, um terço ou mais das mulheres submeteram as suas filhas a actos conduzidos por profissionais de saúde com formação (Satti et al., 2006). Os factos comprovam que a tendência é de aumento desta realidade em certos países (Yoder et al., 2004). Para além disso, a mutilação genital feminina na forma de reinfibulação está documentada em alguns países como procedimento de rotina após o parto (Almroth-Berggren et al., 2001; Berggren et al., 2004, 2006). Relatórios indicam que a reinfibulação é praticada ocasionalmente, mesmo onde é proibida por lei, em grupos imigrados na Europa e a América do Norte (Vangen et al., 2004).

Diversos factores motivam a prática da mutilação genital feminina por profissionais médicos, incluindo a possibilidade de ganhos financeiros, pressão e sentido de dever para com a vontade da comunidade (Berggren et al., 2004; Christoffersen-Deb, 2005). Nos países para os quais grupos praticantes emigram, algum pessoal médico interpreta erradamente os princípios dos direitos humanos, realizando operações de reinfibulação em nome do respeito pelo que entendem ser a cultura da paciente e o seu direito à opção pelas intervenções médicas, mesmo quando a paciente não o solicita (Vangen et al., 2004; Thierfelder et al., 2005; Johansen, 2006a).

Alguns profissionais de saúde, organizações não governamentais, representantes governamentais e outros, consideram a mutilação medicamente assistida uma estratégia de redução de danos e apoiam a ideia de que, quando praticada por profissionais de saúde treinados, alguns dos riscos imediatos podem ser reduzidos (Shell-Duncan, 2001; Christoffersen-Deb, 2005). Contudo, mesmo quando realizada por profissionais treinados em condições de higiene, o processo não é menos severo ou danoso. Para mais, não há evidências de que a supervisão médica dos actos reduza as complicações obstétricas ou outras complicações a longo prazo associadas à mutilação genital feminina. O argumento de alguns é de que a intervenção medicamente assistida é um primeiro passo útil ou necessário rumo ao total abandono da prática, ainda que não exista suporte documental para tal.

Há riscos severos associados à mutilação genital feminina medicamente assistida. O seu exercício por pessoal médico pode legitimar erradamente a prática, apresentando-a como clinicamente fundamentada ou benéfica para a saúde de meninas e mulheres. Pode igualmente institucionalizar a prática, uma vez que frequentemente o pessoal médico goza de poder, autoridade e respeito social (Budiharsana, 2004).

¹ Do aforisma hipocrático, do latim, "primum non nocere" (N. do T).

Autoridades reguladoras da actividade médica e associações profissionais uniram-se a organismos das Nações Unidas na condenação de acções a favor da mutilação genital feminina medicamente assistida. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) aprovou em 1994 uma resolução na sua Assembleia Geral, opondo-se à prática de mutilação genital feminina por obstetras e ginecologistas, incluindo uma recomendação para “combater qualquer tentativa de prática por pessoal médico ou de autorizar a sua realização, sob quaisquer circunstâncias, em estabelecimentos de saúde ou por profissionais de saúde” (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, 1994).



Acção para a completa eliminação da mutilação genital feminina



As acções levadas a cabo a nível internacional, regional e nacional, durante a última década e mais, começam a dar os seus frutos. Um número crescente de mulheres e homens de grupos praticantes declararam apoio ao abandono da prática e, nalgumas áreas, a prevalência da mutilação genital feminina diminuiu. A redução da prevalência não é, contudo, tão substancial quanto desejada. Consequentemente, é vital que o trabalho de oposição à mutilação genital feminina seja reforçado, de modo a neutralizar eficazmente as razões subjacentes à continuidade da prática.

Pôr fim à mutilação genital feminina requer um compromisso sólido e de longo prazo. A experiência recolhida durante as duas ou três últimas décadas comprova não existirem soluções rápidas ou fáceis. A eliminação da mutilação genital feminina requer bases sólidas, capazes de apoiar com êxito a mudança de comportamentos e de se dirigir aos valores e mecanismos operativos que fundamentam a continuação da prática (OMS, 1999; UNICEF, 2005a; Gabinete de Informação Demográfica, 2006; Donor Working Group, 2007). Apesar de terem sido conduzidas algumas avaliações sistemáticas dos diversos programas conduzidos por organizações não governamentais, por governos e outros, existem análises críticas que oferecem algumas lições globais (OMS, 1999; Gabinete de Informação Demográfica, 2001, 2006; UNICEF, 2005a, 2005b; UNFPA, 2007c). O principal a retirar destas lições é de que as acções e intervenções a tomar devem ser:

- **Multisectoriais:** É necessária acção concertada proveniente de diversas fontes e agindo a diferentes níveis, do local ao global e envolvendo sectores como a educação, as finanças, a justiça e os assuntos da mulher, bem como o sector da saúde; e diversos tipos de actores deverão estar envolvidos, de grupos comunitários e organizações não governamentais, incluindo grupos de profissionais de saúde e de direitos humanos, a governos e agências internacionais.
- **Sustentadas/ continuadas:** Uma vez que a alteração de comportamentos é complexa, é essencial a acção permanente com vista ao impacto duradouro. Embora possam registar-se alterações rápidas, o processo conducente à mudança poderá ser lento e longo.
- **Conduzidas pela comunidade:** Os programas conduzidos pela comunidade gozam, por natureza, de grande participação e, geralmente, levam as comunidades a definir elas próprias os problemas e soluções. Os programas que demonstram sucesso na promoção do abandono da mutilação genital feminina, em larga escala, baseiam-se nos direitos humanos e igualdade de género, não fazem juízos culturalmente valorativos e são não coercivos. Concentram-se no encorajar da escolha colectiva pelo abandono da prática.

Processo de mudança social positiva ao nível da comunidade

Novos contributos da teoria das ciências sociais e a análise de programas e experiências indicam que o abandono da mutilação genital feminina em larga escala resulta de um processo de mudança social positiva (Mackie, 2000; Yount, 2002; Hayford, 2005; Shell-Duncan e Hernlund, 2006). A natureza convencional da prática requer que um número significativo de famílias, numa comunidade faça uma escolha colectiva e coordenada pelo abandono da prática, para que nenhuma menina ou família seja prejudicada por essa decisão (UNICEF, 2005b). A decisão de abandono tem de ser colectiva e explícita, para que cada família possa confiar no abandono simultâneo por parte das restantes. Para que possa surtir efeito e ser sustentável, a decisão

tem de ser generalizada dentro da comunidade praticante. Na realidade, esta decisão trará consigo uma nova norma social que assegure a possibilidade de casamento das filhas e o estatuto social das famílias que não as sujeitam à prática; uma norma social que não prejudica as meninas nem viola os seus direitos.

Os programas que incluem educação empoderadora, discussão e debate, compromissos públicos e divulgação organizada provaram já ser capazes de obter o consenso e a coordenação necessária para o abandono sustentável da mutilação genital feminina ao nível comunitário. As actividades incitam e encorajam as comunidades a identificar problemas e delinear soluções por elas próprias em diversos temas “sensíveis”, incluindo a mutilação genital feminina, sem que se sintam coagidas ou julgadas. Diferentes métodos podem ser usados para a criação de espaço para diálogo aberto e ponderado, incluindo diálogo intercultural que investigue as variações culturais tanto dentro como entre comunidades, bem como os aspectos da própria mudança cultural. Tais métodos demonstraram ser particularmente eficientes ao estimular o debate sobre os princípios de direitos humanos. Os programas que empregam estes elementos e princípios têm demonstrado uma redução significativa da prevalência sete anos após a intervenção programática original (Ndiaye et al., *no prelo*).

A **educação empoderadora** ajuda as pessoas a analisar as suas próprias crenças e valores relacionados com a prática, de forma aberta e dinâmica, que não é experienciada ou vista como ameaçadora. Sessões educativas serão empoderadoras se não servirem apenas para passagem de informação e novos conhecimentos, mas também como um fórum onde os participantes troquem experiências e sejam ajudados a revelar e

partilhar os seus sentimentos, e examinem atitudes conflituais na comunidade face à mutilação genital feminina. A educação empoderadora pode ser conduzida através de diferentes tipos de formação, incluindo alfabetização / escolaridade, treino de competências de análise e de resolução de problemas, bem como através da transmissão de informação sobre os direitos humanos, religião, saúde e saúde sexual e reprodutiva. Aulas e sessões de trabalho podem incluir o uso de meios tradicionais de comunicação, tais como teatro, poesia, “contador de histórias”, música e dança, bem como métodos mais modernos, como o uso de programas de computadores e mensagens de telemóvel.

As actividades educativas devem ser sensíveis à cultura local e assuntos religiosos, ou corre-se o risco da informação transmitida ser entendida como moralmente ofensiva e de resultar em reacções negativas nas comunidades. A informação veiculada deverá ser baseada em factos e evidências, mas ao mesmo tempo fundamentar-se nas percepções e conhecimentos locais. As actividades educativas de base comunitária podem igualmente construir e expandir o seu trabalho com os meios de comunicação, com recurso às artes dramáticas, vídeo ou rádios locais. Defensores reconhecidos no combate à mutilação genital feminina, nomeadamente personalidades públicas, podem também ser um recurso importante para disseminar informação e mensagens sobre a mutilação genital feminina (Gabinete de Informação Demográfica, 2006).

Sendo a mutilação genital feminina uma manifestação da desigualdade de género, é importante a ênfase no empoderamento das mulheres (ver caixa). Contudo, as actividades educativas devem chegar a todos os grupos numa mesma comunidade, com a mesma informação





base, de modo a evitar mal-entendidos e inspirar o diálogo inter-grupos. O formato deverá ser adaptado de modo a ajustar-se às realidades de cada grupo específico. É também fundamental a inclusão de jovens – tanto rapazes como raparigas –, uma vez que estão frequentemente mais receptivos à mudança, constituindo-se como importantes agentes de mudança.

As escolas podem ser um fórum de aprendizagem e debate sobre a mutilação genital feminina se conseguirem criar um ambiente de confiança, segurança, e abertura. Artistas e outras pessoas, modelos de conduta positiva, podem ser convidados a ir às escolas; podem ser desenvolvidos materiais para professores; integrados temas na formação de docentes e nos currículos escolares de disciplinas como ciências, biologia, higiene e saúde, assuntos religiosos, de género e onde sejam abordadas questões sociais (UNICEF, 2005b). Não obstante, a escola pode nem sempre ser o cenário ideal para a aprendizagem sobre temas considerados sensíveis e privados e, quando um grande número de rapazes e

raparigas está fora do sistema de ensino, torna-se necessário desenvolver outras actividades capazes de alcançar esta população infanto-juvenil. Como é aconselhável abranger todos os grupos da comunidade com a mesma informação base, todas as formas e espaços de aprendizagem, incluindo o diálogo inter-geracional, devem ser exploradas no desenhar das iniciativas sobre a mutilação genital feminina.

Para alcançar no colectivo, a escolha coordenada e necessária para o abandono sustentado da mutilação genital feminina, as comunidades devem ter oportunidade para discutir e reflectir publicamente sobre os conhecimentos recém-adquiridos. Esse **diálogo público** fornece à comunidade, como um todo, oportunidades para aumentar a consciencialização e a compreensão dos direitos humanos das mulheres e dos instrumentos legais nacionais e internacionais relevantes para a mutilação genital feminina. Este diálogo e debate entre mulheres, homens e líderes comunitários concentra-se frequentemente nos direitos das mulheres, na saúde e mutilação genital

Empoderamento da mulher

Sendo a mutilação genital feminina uma manifestação da desigualdade de género, o empoderamento da mulher tem uma importância chave na eliminação da prática. Lidar com o tema através da educação e o debate chama a atenção para os direitos humanos de meninas e mulheres e a diferença de tratamento entre rapazes e raparigas, no que respeita ao seus papéis sociais em geral, e em especial no que respeita à mutilação genital feminina. Isto pode contribuir para influenciar as relações de género e, por consequência, acelerar o processo de abandono da prática (OMS, 2000b; Gabinete de Informação Demográfica, 2001, 2006; UNICEF, 2005b; UNFPA, 2007a). É espectável que programas que promovem a emancipação económica das mulheres sejam capazes de contribuir para o progresso, uma vez que fornecem incentivos à mudança dos padrões tradicionais de comportamento, a que a mulher está vinculada como membro dependente do agregado familiar; ou nos locais onde a mulher tem vindo a perder o acesso a fontes de rendimento tradicionais e o poder associado. O trabalho pago contribui para o empoderamento das mulheres em diversas dimensões da sua vida, influenciando as suas escolhas na saúde sexual e reprodutiva, educação e comportamentos saudáveis (UNFPA, 2007a).

feminina, evidenciando o valor das mulheres na comunidade, fomentando a sua contribuição activa na tomada de decisão, ao mesmo tempo que reforça as suas capacidades para o abandono da prática. O diálogo inter-geracional é outro exemplo em que a comunicação em situação de igualdade (entre grupos que raramente discutem estes assuntos) é encorajada. (GTZ, 2005). Acima de tudo, estas discussões públicas conseguem estimular o debate na privacidade do ambiente familiar, onde as decisões sobre a mutilação genital feminina das meninas são tomadas pelos pais e outros membros da família (Draege, 2007).

A escolha coordenada do colectivo que abandona a mutilação genital feminina, deve ser visível ou explícita através de um **compromisso público ou promessa pública**, para que mereça a confiança de todas as pessoas envolvidas. Na realidade, numerosas abordagens adoptadas por iniciativas de base comunitária evoluem para uma declaração pública de mudança social (OMS, 1999; Gabinete de Informação Demográfica, 2001, 2006). Isto cria a confiança necessária para que as pessoas que pretendam abandonar a prática o façam, constituindo, portanto, um passo crucial no processo de mudança real e sustentada nas comunidades.

Diferentes mecanismos têm sido empregues com o intuito de tornar público o compromisso de abandono da prática. Em certos contextos, estes compromissos tomaram a forma de declarações escritas publicamente afixadas e assinada por aqueles que decidiram abandonar a mutilação genital feminina. Na África Ocidental, os compromissos são tipicamente feitos na forma de declarações que juntam diversas povoações, chegando a envolver 100 aldeias em simultâneo. São momentos festivos que congregam indivíduos que participaram nas sessões educativas, líderes

religiosos, tradicionais e de governo e um grande número de outros membros da comunidade. Frequentemente, pessoas de comunidades que não estiveram directamente envolvidas na promoção do abandono da prática são também convidadas como forma de expansão do movimento de abandono da mutilação genital feminina. Os meios de comunicação estão geralmente presentes e servem como disseminadores da informação sobre o abandono e respectivas razões, por parte das comunidades.

Em algumas populações onde a mutilação genital feminina se faz tradicionalmente acompanhar por rituais de passagem à idade adulta, têm sido empregues **rituais alternativos** que reforçam os valores tradicionais positivos, mas sem a mutilação genital. Tal abordagem acrescentou novos elementos aos rituais, incluindo a educação para os direitos humanos e temas de saúde sexual e reprodutiva. Alguns ritos alternativos foram considerados eficientes uma vez que provocaram processos de mudança social pelo envolvimento de toda a comunidade, bem como das meninas, em actividades que visavam alterar as crenças acerca da mutilação genital feminina (Chege et al., 2001).

Tal como as famílias individualmente, é difícil para uma comunidade abandonar a prática se as comunidades vizinhas não o fizerem. Por conseguinte, as actividades ao nível comunitário deverão incluir uma estratégia explícita para a difusão por toda a comunidade praticante da decisão de abandono. Geralmente, este objectivo é alcançado fazendo passar a informação e envolvendo na discussão membros influentes de outras comunidades que façam parte da mesma rede social. Através de uma estratégia de difusão organizada, as comunidades em processo de abandono da prática levam outras a fazer o mesmo, aumentando o consenso e sustentabilidade





da nova norma social que rejeita a mutilação genital feminina.

Acções a nível nacional

As alterações sociais dentro das comunidades podem ser travadas ou melhoradas por meio de actividades levadas a cabo a nível nacional e transfronteiriço. Assim como ao nível comunitário, as actividades ao nível nacional devem promover um processo de mudança social conducente à decisão partilhada de pôr fim à mutilação genital feminina. As actividades deverão envolver os líderes tradicionais, religiosos e governamentais, bem como parlamentares e organizações da sociedade civil.

A promoção da decisão de abandono da mutilação genital feminina inclui actividades nacionais que levem a prática à discussão e ao debate público. Os **meios de comunicação** podem desempenhar um papel crucial veiculando informação correcta até aos agregados familiares e informando a população acerca das mudanças sociais positivas que possam estar a decorrer nas comunidades. Isto é particularmente importante quando a discussão sobre a mutilação genital feminina é considerada um tema tabu. As actividades informativas deverão concentrar-se nas necessidades e preocupações locais, bem como em fornecer informação sobre um vasto leque de temas, tais como os direitos humanos – incluindo os direitos das mulheres e da criança –, a correcta identificação dos órgãos sexuais femininos e respectivas funções e as consequências da mutilação genital feminina, para além dos meios que pessoas e comunidades podem usar para combater a prática.

As actividades devem incluir a revisão e reforma de políticas e leis, assim como medidas sectoriais,

especialmente dentro dos sistemas de saúde, educação e de protecção social e legal. Alguns países promulgaram legislação específica ou puseram em prática regimes legais existentes para proibir a prática (ver caixa). A eficiência de qualquer lei depende, contudo, do seu grau de ligação ao processo mais vasto de mudança social. As medidas legais são importantes na explicitação da condenação da mutilação genital feminina por parte dos governos, no apoio àqueles que abandonaram a prática ou que desejem fazê-lo e para agir como meio de dissuasão. Porém, a imposição de sanções como acto isolado corre o risco de provocar a marginalização e clandestinidade da prática e de acabar por ter um impacto muito limitado nos comportamentos (UNICEF, 2005b). As medidas legais devem fazer-se acompanhar por medidas informativas, e outras que promovam um maior apoio público ao fim da prática.

A revisão, promulgação e execução de legislação devem ser feitas com a comunidade, líderes religiosos e outros representantes da sociedade civil. Devem ser estabelecidos mecanismos com vista à revisão e avaliação regular das leis (UNFPA, 2006, 2007c).

A eliminação da mutilação genital feminina e o tratamento e cuidado das suas consequências adversas para a saúde devem ser parte integrante dos programas e serviços de saúde relevantes, tais como os programas de maternidade segura e programas para crianças sobreviventes, aconselhamento de saúde sexual, aconselhamento psico-social, prevenção e tratamento de doenças do tracto reprodutivo e de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH e SIDA, prevenção e controlo da violência de género, programas de saúde para jovens e programas que visem

Leis para a eliminação da mutilação genital feminina



Reconhecimento constitucional dos direitos das mulheres e crianças

As leis constitucionais de garantia dos direitos das meninas e mulheres, tais como o direito à igualdade, à não discriminação e protecção da violência, são cruciais e podem moldar a resposta dos governos à eliminação da mutilação genital feminina. Exemplos aplicáveis à mutilação genital feminina incluem: a “protecção da mulher de práticas nefastas”; a proibição dos costumes ou tradições que “contrariem a dignidade, bem-estar ou os interesses das mulheres ou que desvalorizem o seu estatuto”, e a abolição de “práticas tradicionais” nocivas para a saúde e bem-estar das pessoas. Protecções de carácter constitucional, como as referidas, funcionam como directrizes para a elaboração e implementação de leis e políticas, e devem fazer-se acompanhar da revisão ou abolição de leis e políticas não compatíveis com estes princípios.

Legislação penal

Em alguns países, as disposições legais existentes no código penal, foram já, ou podem ser, aplicadas à mutilação genital feminina. Nomeadamente: “ferimentos ou golpes com dolo”, “ofensas à integridade física graves”, “ataque à integridade física e mental” ou “actos de violência resultantes em mutilação ou deficiência permanente”. Alguns governos promulgaram leis que proíbem explicitamente a prática de mutilação genital feminina, muitas das quais especificam as categorias de indivíduos, potencialmente responsabilizáveis à luz da lei. Assim, praticantes tradicionais, pessoal médico, pais, tutores e qualquer pessoa que não comunique um crime já ocorrido ou potencial, são passíveis de acção judicial. O tipo de pena a aplicar varia da prisão à multa pecuniária ou, no caso dos profissionais de saúde a cassação da carteira profissional. As penas variam consoante a forma de mutilação e são frequentemente agravadas quando o crime é cometido contra menores (crianças ou jovens) ou resulta em morte.

Leis de protecção da criança

Um número considerável de países declarou a aplicabilidade de legislação de protecção da criança à mutilação genital feminina, enquanto outros promulgaram disposições legais específicas para a eliminação de práticas nefastas, incluindo a mutilação genital feminina. As leis de protecção da criança prevêm a intervenção estatal nos casos em que o Estado tenha razões para crer que o abuso de crianças ocorreu ou pode vir a ocorrer. Permitem que as autoridades retirem uma menina da guarda da família ou mesmo do país se existirem indícios de que possa ser submetida a mutilação genital feminina. Estas leis concentram-se em garantir o superior interesse da criança.

Direito civil e medidas aplicáveis*

Nos países em que existam mecanismos adequados para assegurar a propositura ou apresentação de acções cíveis e o julgamento, a mutilação genital feminina pode ser reconhecida como uma ofensa que permite a instauração de um processo civil por danos ou outra compensação. Meninas ou mulheres que tenham sido sujeitas a mutilação genital feminina podem procurar obter indemnizações dos responsáveis directos e/ou outros que tenham participado nos actos. Outras leis podem estar disponíveis e serem utilizadas para, antecipadamente, impedirem a ocorrência do procedimento, tais como as leis de protecção das crianças e jovens.

*No original, *remedies*: medidas de protecção, compensação ou ambas (N. do T.).



Regulamentação da imigração e asilo político

É largamente reconhecido que a violência de género, incluindo a mutilação genital feminina, pode ser considerada perseguição segundo a definição de “refugiado” da Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados de 1951 e o seu Protocolo de 1967. Resoluções regionais e regulamentações nacionais específicas exigem que seja garantido o estatuto de refugiado ou outras formas complementares de protecção às meninas e mulheres que corram o risco de mutilação genital feminina noutros países. Para mais, em alguns casos, as autoridades de imigração devem informar aos imigrantes sobre os efeitos danosos da mutilação genital feminina e consequências legais da prática. Algumas destas regulamentações contêm instruções para que essa informação seja apresentada de forma sensível e culturalmente adequada.

parteiras tradicionais (que possivelmente serão também circuncisadores / excisadoras tradicionais).

Os padrões de ética médica devem estipular claramente que a prática de mutilação genital feminina em crianças ou mulheres viola os princípios da profissão, bem como os direitos humanos das pacientes, de acordo com os direitos humanos internacionais e princípios éticos. Pessoal médico que realize actos de mutilação genital feminina deverá ser sujeito a procedimento disciplinar e ver suspensa a sua carteira profissional.

Os prestadores de cuidados médicos devem ser formados para identificar problemas resultantes da mutilação genital feminina e como tratá-los. Isto inclui procedimentos sobre como tratar complicações imediatas e sobre como actuar face a complicações de longo prazo, incluindo a desfibulação*. A desfibulação deve ser apresentada logo que possível (não apenas durante o parto), uma vez que pode reduzir diversas complicações de saúde derivadas da infibulação, bem como oferecer apoio para a mudança. Os dados comprovam que cuidados de parto melhorados de acordo com as directrizes da OMS (OMS, 2001a, 2001b, 2001c) podem contribuir para a redução de riscos associados à mutilação genital feminina, para mulheres e crianças durante o parto.

Responsabilidade dos actores

A responsabilidade pela acção cabe a numerosos actores, alguns dos quais são mencionados em seguida; mas a responsabilidade última

* Desfibulação: à falta de consenso sobre a designação a adoptar pela comunidade médica, referem-se alguns termos alternativos empregues em alguns documentos da área: defibulação, desinfibulação. (N. do T.).

cabe ao governo de cada país, na prevenção da mutilação genital feminina, na promoção do seu abandono, na resposta às suas consequências e na responsabilização criminal de todos os que provoquem danos em meninas e mulheres.

Os **governos** têm obrigações legais de respeitar, proteger e promover os direitos humanos e podem ser responsabilizados por falhas no cumprimento dessas obrigações. Do mesmo modo, os governos, devem tomar as medidas apropriadas de ordem legislativa, judicial, administrativa, orçamental, económica, entre outras, até ao máximo dos seus recursos disponíveis. Estas medidas incluem a salvaguarda de que toda a legislação nacional é compatível com os tratados internacionais e regionais de direitos humanos que tenham ratificado. Os governos são igualmente responsáveis pela elaboração de planos de acção e estratégias que assegurem que estão disponíveis e acessíveis estruturas de saúde para dar resposta às necessidades de saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres.

Devem organizar campanhas públicas de sensibilização, iniciativas de educação e assegurar que sejam destinados recursos suficientes para a prevenção e resposta. Diversos ministérios devem colaborar nestes esforços, tais como os da saúde, finanças, educação e informação, serviços sociais e dos assuntos da mulher.

Os **parlamentares** desempenham papel fulcral ao trazer para o debate político o tema da mutilação genital feminina, bem como os sectores judiciário e legislativo, na concepção e execução de normas.

As **organizações profissionais**, tais como as associações médicas e de enfermeiros, podem promover directrizes éticas para a formação e prática clínica. As associações de professores, advogados,





serviço social e outros, podem contribuir para a eliminação da mutilação genital feminina dentro das suas áreas, através de actividades de lobbying, advocacy e de actividades de formação.

As **organizações não governamentais**, nacionais e internacionais têm sido actores-chave no desenho e implementação de programas para o abandono da mutilação genital feminina. Até agora, os programas mais eficazes foram os de base comunitária com apoio sólido por parte dos governos e das agências de desenvolvimento e cooperação (OMS, 1999). **Organizações religiosas e inter-religiosas** têm sido igualmente importantes actores no aproveitamento das estruturas e redes de contactos existentes, na divulgação de mensagens de defesa do movimento dentro da comunidade e influenciado a atitude e o comportamento dos membros da comunidade (UNFPA, 2005, 2007b).

A experiência demonstra que é particularmente importante garantir que governos e organizações não governamentais trabalham em cooperação com as comunidades praticantes na formulação e implementação dos programas. Isto aplica-se tanto aos países de origem como naqueles em que a mutilação genital feminina é praticada por comunidades imigrantes.

O envolvimento por parte dos **líderes**, tanto religiosos como laicos, nas intervenções é da maior importância, de modo a garantir um ambiente receptivo à mudança. Isto aplica-se tanto a nível comunitário como nacional. Os líderes que estão na vanguarda da defesa e promoção do abandono da mutilação genital feminina cumprem um papel crucial ao divulgar argumentos contra a prática e gerando apoio social para a mudança

Os **prestadores de cuidados de saúde** podem

desempenhar um papel relevante na prevenção da mutilação genital feminina e no apoio e informação dos pacientes e das comunidades acerca das vantagens da sua eliminação. Isto pode ser feito através do garantir às mulheres informação sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, facilitando a compreensão das funções naturais do corpo e as consequências negativas da mutilação genital feminina. Os prestadores de cuidados de saúde podem também desempenhar um papel importante na aproximação à comunidade, nomeadamente através de programas escolares e de educação para saúde pública.

Circuncisadores / excisadoras tradicionais

são também actores-chave, uma vez que as suas funções serão inevitavelmente alteradas. Poderão oferecer resistência a tais mudanças, dado que ameaçam a sua posição, e usar da sua influência dentro da comunidade para continuar a promover a prática ou “minar” e enfraquecer os esforços para o abandono da mutilação genital feminina. Por outro lado, se se decidirem pelo abandono da prática podem ser elementos bastante activos e eloquentes na persuasão de outros a abandonar e pôr fim à mutilação genital.

Apesar da mutilação genital feminina ser tradicionalmente vista por muitos homens como um “assunto de mulheres”, os **homens** são importantes na mudança. Em alguns cenários, apoiam a prática; contudo, a investigação tem mostrado que alguns homens se preocupam com os efeitos da mutilação genital feminina e prefeririam casar com mulheres que não tivessem sido submetidas à operação (Almroth et al., 2001; Herieka e Dhar, 2003; Draege, 2007). Os homens jovens, em particular, opõem-se mais frequentemente à prática (Herieka e Dhar, 2003; Draege, 2007).

As **Nações Unidas** cumprem um papel fundamental ao assegurar instrumentos internacionais e na promoção e investigação em colaboração com parceiros académicos e de desenvolvimento, com o intuito de assegurar que esses instrumentos se baseiam em factos comprovados. As agências das Nações Unidas estão particularmente bem posicionadas para a promoção da cooperação e coordenação entre todos os intervenientes. Diversos organismos das Nações Unidas estão incumbidos da tarefa de monitorizar a implementação dos compromissos legais internacionais, para a protecção e promoção dos direitos humanos para todos, sem qualquer tipo de discriminação. O papel dos **organismos de cooperação e desenvolvimento** em apoiar iniciativas nacionais e internacionais, através do suporte técnico e financeiro, é também essencial para alcançar o objectivo comum de pôr fim à mutilação genital feminina.

Capacitação, investigação, monitorização e avaliação

Lições da última década demonstram que organizações fortes e competentes são necessárias para garantir programas sustentáveis para o abandono da mutilação genital feminina; o que requer recursos financeiros e uma considerável capacitação.

A formação deve ser abrangente quer no que respeita às pessoas a formar, quer nos conteúdos a abordar. Em alguns locais, foram desenvolvidos cursos de três a quatro semanas, para executores dos programas, profissionais de saúde e outros, com conteúdos de informação e de competências técnicas necessárias para planear, implementar e avaliar a intervenção de base comunitária.

Como a concepção e implementação de um plano tem de se basear em informação sólida e comprovada, é necessária monitorização continuada para documentar as tendências na prevalência e mudanças no tipo e justificações para a prática. Existe um consenso a nível internacional sobre o uso de cinco indicadores em inquéritos sobre a mutilação genital feminina: prevalência na faixa etária entre os 15 e 49 anos; situação (relativamente à mutilação genital) das filhas (tal como declarado por mães da faixa etária entre os 15 e 49 anos); percentagem de mutilação genital feminina “fechada” (infibulação, selamento) e “aberta” (excisão); informação sobre quem realizou a mutilação genital feminina; informação sobre o apoio ou oposição à mutilação genital feminina por mulheres e homens com idades entre os 15 e 49 anos (UNICEF, 2005b). A consistência na utilização dos indicadores permite a análise comparativa a nível nacional e internacional entre diferentes estudos. A avaliação, incluindo estudos de linha de base e inquéritos finais, bem como a avaliação do processo, é essencial para a medir a exequibilidade e eficiência (Askew, 2005).

Persiste a necessidade de continuar a investigação sobre os aspectos que contribuem para a eliminação e prevenção da mutilação genital feminina e prestação de cuidados mais adequados a meninas e mulheres submetidas à prática.





Os tópicos que necessitam de um estudo mais aprofundado incluem: a dinâmica das alterações socioculturais que conduzem ao abandono da prática; a prevalência de complicações de saúde imediatas; a experiência das meninas sobre a prática; consequências psicológicas da mutilação genital feminina; cuidados médicos para meninas e mulheres; e os procedimentos, que associados ao parto, possam reduzir as consequências nefastas da mutilação genital feminina nas mães e bebês; o impacto das medidas legais na prevenção da prática; e, por fim, a mutilação genital feminina medicamente assistida.

Conclusão

A presente Declaração Conjunta expressa o compromisso comum destes organismos das Nações Unidas para continuar o trabalho rumo à eliminação da mutilação genital feminina. A mutilação genital feminina é uma prática perigosa e um tema crucial de direitos humanos.

Tem sido alcançado sucesso num número significativo de frentes: a mutilação genital feminina está internacionalmente reconhecida como uma violação dos direitos humanos; o fim da prática é um objectivo global, estabelecido na Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, (Assembleia Geral das Nações Unidas, 2002); políticas e legislação a proibir a prática foram implementadas em muitos países; e, mais importante, é que há indicações de que processos de mudança social com vista ao abandono da prática estão em marcha em diversos países.

Possuímos agora mais conhecimentos sobre a prática e as razões que justificam a sua persistência, bem como experiência com intervenções que mais eficazmente podem conduzir ao abandono da mutilação genital feminina. A aplicação deste conhecimento numa abordagem conjunta e coordenada, que promova uma mudança social positiva aos níveis comunitário, nacional e internacional pode levar ao abandono da mutilação genital feminina no espaço de uma geração, com alguns dos principais objectivos alcançados até 2015, em consonância com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Os organismos das Nações Unidas reiteram o seu compromisso no apoio aos governos, às comunidades e às meninas e mulheres empenhados em cumprir o objectivo de abandonar a mutilação genital feminina no intervalo de uma geração.

Anexo 1: Nota sobre a terminologia

A terminologia empregue para referir a prática aqui abordada sofreu várias alterações. Durante os primeiros anos em que a prática foi discutida fora dos grupos praticantes, era geralmente identificada como “circuncisão feminina”. Contudo, esta expressão faz um paralelismo com a de circuncisão masculina e, como resultado, promove confusão entre estas duas diferentes práticas.

A expressão “mutilação genital feminina” ganhou força durante o final da década de 1970. O termo “mutilação” estabelece uma distinção linguística clara da circuncisão masculina e enfatiza a gravidade e o dano causado pelo acto. A utilização da palavra “mutilação” reforça o facto de a prática constituir uma violação dos direitos das meninas e direitos das mulheres e, por conseguinte, para a promoção nacional e internacional, de iniciativas de advocacy pelo seu abandono.

Em 1990, esta expressão foi adoptada durante a terceira conferência do Comité Inter-Africano sobre Práticas Prejudiciais que afectam a Saúde das Mulheres e Criança, em Addis-Abeba, Etiópia. Em 1991, a OMS recomendou a utilização desta expressão pelas Nações Unidas. Desde então, tem sido largamente utilizada nos documentos das Nações Unidas e um pouco por todo o mundo, sendo a designação empregue pela OMS.

A partir do final da década de 1990, as expressões “corte dos genitais femininos” e “mutilação genital feminina / corte” foram ganhando peso, quer em trabalhos de investigação, quer em algumas agências. A preferência por esta designação deve-se ao desagrado com o sentido negativo do termo “mutilação” e por se ter verificado que o uso dessa palavra afastava as comunidades e, quiçá, impedia o processo de mudança social para

a eliminação da mutilação genital feminina. Para captar o significado do termo “mutilação” ao nível político e, ao mesmo tempo, usar terminologia não-valorativa no trabalho com as comunidades praticantes, a designação “mutilação genital feminina / corte” é hoje utilizada pela UNICEF e UNFPA. Para os efeitos da presente Declaração Conjunta e com vista à sua função como instrumento de advocacy, todos os organismos e agências das Nações Unidas concordaram em utilizar a designação única de “mutilação genital feminina”.



Anexo 2: Nota sobre a classificação da mutilação genital feminina



A classificação da mutilação genital feminina foi elaborada pela primeira vez numa publicação técnica em 1995 (OMS, 1996b). Uma classificação formalmente reconhecida é útil para fins como a investigação sobre as consequências das diferentes formas de mutilação genital feminina, estimativas de prevalência e as tendências de mudança, nos exames ginecológicos, tratamento e consequências na saúde e em questões legais. Uma tipologia comum assegura a possibilidade de comparação de dados. Não obstante, é inerente a um sistema de classificação a simplificação da informação e, portanto, pode não reflectir a amplitude de variações dos procedimentos reais. Como alguns investigadores apontaram limitações à classificação de 1995, a OMS convocou consultas e pareceres com peritos técnicos e outros, a trabalhar para o fim da mutilação genital feminina, com o intuito de rever a tipologia e avaliar alternativas possíveis. Concluiu-se que a informação disponível é insuficiente para fundamentar uma nova classificação; contudo, as designações na presente terminologia foram ligeiramente alteradas e criadas subdivisões, de forma a captar a diversidade de procedimentos.

Esclarecimentos e comentários

Embora a extensão do corte de tecido genital aumente geralmente do Tipo I para o Tipo III, existem excepções. A gravidade e o risco da intervenção estão relacionados de forma próxima com a extensão anatómica do corte, incluindo o tipo e quantidade de tecido cortado, que podem variar entre tipos. Por exemplo, o Tipo I geralmente envolve a remoção do clítoris (Tipo Ib), enquanto que o Tipo II envolve a remoção do clítoris e dos

pequenos lábios (Tipo IIb)¹. Neste caso, o Tipo II seria mais grave e associado a um risco maior. Em algumas formas de Tipo II, contudo, apenas os pequenos lábios são cortados e não o clítoris (Tipo IIa), neste caso o risco de ocorrência de certas sequelas, como a hemorragia, pode ser menor, enquanto que outros riscos como as infecções genitais ou a formação de escaras podem ser tão ou mais graves. Do mesmo modo, o Tipo III está predominantemente associado a riscos maiores do que o Tipo II, no que diz respeito a complicações durante o parto. Um factor significativo na infertilidade, contudo, é a extensão do corte, isto é, se inclui o corte dos grandes lábios em vez da mera sutura. Assim, uma lesão do Tipo II que inclua o corte dos grandes lábios (Tipo IIc) está associada a um maior risco de infertilidade que uma infibulação do Tipo III feita apenas nos pequenos lábios (Almroth et al., 2005b). Sendo o clítoris um órgão sexual altamente sensível, uma intervenção do Tipo I que inclua a sua remoção pode reduzir a sensibilidade sexual de forma mais intensa que outra de Tipo III, em que o clítoris é deixado intacto sob a infibulação (Nour et al., 2006).

A gravidade e prevalência de riscos psicológicos (inclusive psicosexuais) varia com outras características para além da extensão física da remoção do tecido, como a idade e a situação social (McCaffrey, 1995).

¹. O termo “clítoris” é aqui empregue para referir a glande do clítoris (ou seja, a parte externa do clítoris); o que não inclui os corpos cavernosos do clítoris, que estão situados directamente sob a epiderme e invisíveis do exterior. O prepúcio do clítoris (capuz) é a prega de pele que envolve e protege a glande

Classificação modificada da OMS, 2007	Classificação da OMS, 1995
<p>Tipo I: remoção parcial ou total do clítoris e / ou do prepúcio (clitoridectomia).</p> <p>São propostas as seguintes subdivisões, quando se torne importante distinguir as principais variações de mutilações do Tipo I: Tipo Ia, remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris; Tipo Ib, remoção do clítoris com o prepúcio.</p>	<p>Tipo I: excisão do prepúcio, com ou sem excisão parcial ou total do clítoris.</p>
<p>Tipo II: remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão).</p> <p>São propostas as seguintes subdivisões, quando se torne importante distinguir as principais variações documentadas: Tipo IIa, remoção apenas dos pequenos lábios; Tipo IIb, remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios; Tipo IIc, remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios.</p> <p>Notar que, na língua francesa, o termo “excisão” é frequentemente empregue como designação generalista, cobrindo todos os tipos de mutilação genital feminina.</p>	<p>Tipo II: Excisão do clítoris com excisão parcial ou total dos pequenos lábios.</p>
<p>Tipo III: estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e / ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (infibulação).</p> <p>São propostas as seguintes subdivisões, quando se torne importante distinguir as variações da infibulação: Tipo IIIa: remoção e aposição dos pequenos lábios; Tipo IIIb, remoção e aposição dos grandes lábios.</p>	<p>Tipo III: excisão de parte ou da totalidade dos genitais externos e sutura / estreitamento da abertura vaginal (infibulação).</p>
<p>Tipo IV: actos não classificados: todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção / picar, perfuração, incisão / corte, escarificação e cauterização.</p>	<p>Tipo IV: actos não classificados: punção, perfuração ou incisão / corte do clítoris e / ou dos lábios; alongamento do clítoris e / ou dos lábios; cauterização por queimadura do clítoris e do tecido envolvente; escarificação do tecido envolvente ao orifício vaginal (cortes angurya) ou corte da vagina (cortes gishiri); introdução de substâncias corrosivas ou ervas na vagina para provocar hemorragia ou estreitamento; qualquer outra prática que possa ser abarcada pela definição generalista de mutilação genital feminina.</p>





Desafios para uma classificação

O questionário correntemente empregue nos Inquéritos sobre Demografia e Saúde não faz distinção entre os Tipos I e II, mas apenas indaga se a mulher ou menina foi cortada, se existe remoção ou sutura de tecido. A maior parte dos estudos sobre os tipos de intervenção, incluindo os Inquéritos sobre Demografia e Saúde, baseiam-se em informação fornecida directamente das mulheres. Estudos que incluem avaliação clínica, documentaram grandes variações no nível de concordância entre a informação fornecida directamente pelas mulheres e a recolhida por observação clínica dos tipos de mutilação genital feminina (Morison et al., 2001; Msuya et al., 2002; Snow et al., 2002; Klouman et al., 2005; Elmusharaf et al., 2006a). A discrepância mais comum é a de que uma grande percentagem de mulheres em zonas geográficas onde o Tipo III é tradicionalmente praticado declaram ter sido sujeitas a intervenções de Tipo I ou II, ainda que a observação clínica indique o Tipo III (Elmusharaf et al., 2006a). Para além disso, a fiabilidade da observação clínica pode ser limitada por variações anatómicas naturais e pela dificuldade em estimar a quantidade de tecido do clítoris escondido por uma infibulação.

Comentário às modificações à definição de Tipo I, de 1995

A referência ao prepúcio do clítoris foi movida para o final da frase. A razão para esta alteração prende-se com a tendência comum de descrever o Tipo I como remoção do prepúcio, quando esta intervenção não está documentada como forma tradicional de mutilação genital feminina. Contudo, em alguns países, a mutilação genital feminina medicamente assistida pode incluir a remoção apenas do prepúcio (Tipo Ia) (Thabet e Thabet,

2003), mas esta forma de prática parece ser relativamente rara (Satti et al., 2006). Praticamente todas as formas de mutilação genital feminina que removem tecido do clítoris cortam também parte da glândula do clítoris.

Comentário às modificações à definição de Tipo II, de 1995

A remoção do clítoris e dos pequenos lábios é a intervenção mais comum do Tipo II, mas estão documentadas variações. Por vezes, o tecido dos grandes lábios é também removido (Almroth et al., 2005b; Bjälklander e Almroth, 2007) e, noutros casos, apenas os pequenos lábios são cortados, sem remoção do clítoris. De notar que as intervenções que aparentam ser do Tipo II podem, por vezes, ser de facto um Tipo III aberto. Para além disso, a cicatrização de intervenções do Tipo II pode levar ao fecho do orifício vaginal, o que aparentará ser uma lesão de Tipo III. Desta forma, seria identificada como Tipo III, embora não fosse esse o objectivo.

Comentário às modificações à definição de Tipo III, de 1995

A característica chave do Tipo III consiste no corte e aposição – e consequente aderência – dos pequenos ou grandes lábios, levando ao estreitamento do orifício vaginal. Isto faz-se normalmente acompanhar pela remoção total ou parcial do clítoris. A expressão “estreitamento do orifício vaginal com criação de uma membrana selante através do corte e aposição dos grandes e / ou pequenos lábios” substitui a formulação de 1995 “sutura / estreitamento do orifício vaginal”. A nova formulação deixa claro que geralmente não é a vagina que é estreitada ou suturada, mas antes que é parcialmente coberta por uma membrana criada pelo tecido de cicatrização da aderência dos

lábios. Este tecido recobre também o clítoris e a uretra. O termo “aposição” é usado de preferência ao de “sutura” porque esta (com espinhos de arbustos ou com suturas) é apenas uma das maneiras de criar aderência. Outras técnicas comuns incluem a ligação das pernas da mulher ou o emprego de pastas herbais.

Estudos recentes revelaram variações significativas ao Tipo III, em particular uma grande distinção entre a infibulação dos pequenos lábios e dos grandes lábios (Satti et al., 2006). Para a investigação sobre determinados problemas de saúde e para documentar tendências de mudança, pode ser importante estabelecer a distinção entre estes dois tipos de infibulação (Almroth et al., 2005b; Elmusharaf et al., 2006a). A infibulação dos pequenos lábios pode incluir o que em alguns países se denomina “selagem”. Como mencionado para os comentários ao Tipo II, esta pode ser fruto da aderência / cicatrização resultante de uma intervenção originalmente de Tipo II. Em muitos casos de Tipo III, não existe remoção de tecido do clítoris (Nour et al., 2006).

A reinfibulação está também incluída nesta definição. Consiste numa intervenção que procura refazer uma infibulação, geralmente após um parto em que foi necessária uma desfibulação. A extensão do novo encerramento é variável. Se a reinfibulação é feita para produzir novamente um aspecto “virginal”, é frequentemente necessário não apenas fechar o que tinha sido aberto mas também que se produzam cortes adicionais, de modo a obter bordos avivados (recém-cortados) que permitam uma união mais extensa. Estudos recentes documentam que casos há, em que mulheres que não tinham sido sujeitas a infibulação antes do parto foram suturadas, com o objectivo de reduzir a dimensão do seu orifício

vaginal, após o parto (Almroth-Berggren et al., 2001; Berggren et al., 2004). As directrizes da OMS recomendam a desfibulação permanente, realizando separadamente a sutura dos bordos de modo a garantir uma abertura permanente e para prevenir a possível aderência dos tecidos, com o objectivo de evitar complicações futuras associadas à infibulação (OMS, 2001a,b)



Comentário às modificações à definição de Tipo IV, de 1995

O Tipo IV é uma categoria que absorve todas as outras práticas nefastas ou potencialmente nefastas sobre os órgãos genitais de meninas e mulheres. Assim sendo, a tipologia modificada começa com esta definição ampla. Os diferentes actos enumerados são exemplos, podendo a lista ser ampliada ou reduzida de acordo com o acumular de conhecimento sobre o assunto.

As razões, contexto, consequências e riscos relativos a cada prática, abarcadas no Tipo IV são muito variadas. Uma vez que os actos são geralmente menos conhecidos e estudados que os das categorias I, II e III, apresentam-se os esclarecimentos que se seguem resultantes dos dados disponíveis.

Punção / picar, perfuração, incisão / corte e escarificação

Punção / picar, perfuração, incisão / corte e escarificação podem ser definidas com intervenções em que a pele é perfurada por objectos contundentes; pode haver sangramento, mas não são removidos tecidos. A punção / picar está descrita em alguns países como forma tradicional de mutilação genital feminina (Budiharsana, 2004) ou como substituição de



formas mais severas de mutilação genital feminina (Yoder et al., 2001; Njue e Askew, 2004). A incisão / corte dos órgãos genitais de meninas e crianças está documentada (Budiharsana, 2004), tal como a escarificação (Newland, 2006).

O debate sobre se a punção / picar deve ser incluída na classificação como um tipo de mutilação genital feminina tem sido intenso. Certos investigadores são da opinião de que deveria ser excluída da classificação, uma vez que é difícil comprovar se não existem alterações anatómicas e porque é considerada significativamente menos nociva que outras formas (Obiora, 1997; Shweder, 2003; Catania e Hussien, 2005). A inclusão de punção / picar tem sido por vezes sugerida em substituição de procedimentos mais invasivos como uma forma de redução de danos. Outros argumentam que deve ser mantida, quer para permitir a documentação da mudança de procedimentos mais severos, quer para assegurar que não é usada para camuflagem de práticas mais extensas e danosas, dado existirem fortes indícios que a punção / picar, descrita como prática substituta, mais vezes corresponde a uma mera mudança de terminologia do que a uma mudança na efectiva prática do corte.

Quando mulheres que indicam terem sido sujeitas a punção / picar são clinicamente observadas, frequentemente se verifica que, na realidade, foram submetidas a uma grande variedade de actos desde o Tipo I ao III. Assim se deduz que o termo punção / picar possa servir para legitimar ou camuflar intervenções mais invasivas (OMS Somália, 2002; Elmusharaf et al., 2006a). Por motivo destas preocupações, a punção / picar é aqui incluída no grupo IV.

Estiramento / alongamento

O estiramento ou alongamento do clítoris e / ou dos pequenos lábios, frequentemente designado por alongamento, está documentado em algumas regiões, especialmente da África austral. Normalmente, as meninas pré-púberes são ensinadas a esticar os seus lábios vaginais utilizando óleos e ervas, durante alguns meses. Algumas delas continuam a prática mesmo depois de darem à luz. Os lábios alongados são considerados uma contenção / protecção para a vagina e uma forma de intensificar o prazer sexual tanto feminino como masculino. Os resultados registados são dor e laceração, mas não se encontram consequências a longo prazo. A prática está principalmente documentada em comunidades em que a mulher goza de um estatuto social relativamente elevado, sobretudo em sociedades matriarcais. O alongamento labial está definido como forma de mutilação genital feminina, uma vez que não deixa de constituir uma convenção social e, por conseguinte, constituir uma pressão social sobre as meninas para a modificação dos seus órgãos genitais e porque os afecta permanentemente (Mwenda, 2006; Tamale, 2006; Bagnol e Esmeralda, no prelo).

Cauterização

A cauterização é aqui definida como a destruição de tecido por queimadura com um ferro quente. Foi descrita como remédio para diversos problemas de saúde, como hemorragias, abscessos, chagas, úlceras e feridas, ou como “contra-inflamação”, ou seja, para causar dor ou irritação numa parte do corpo para aliviar uma inflamação ou dor noutra parte. A designação “cauterização” é aqui mantida, embora a especificação seja anulada, de modo a tornar a expressão mais generalista, uma vez que a informação recolhida sobre o tema é escassa.

Corte / incisão dos órgãos genitais externos

Na sua forma original, a referência a esta prática era de “cortes gishiri” e “cortes angurya”, que são termos oriundos de regiões da Nigéria. Os cortes gishiri são geralmente feitos no interior da parede vaginal em casos de parto obstruído (Tahzib, 1983). A prática pode implicar riscos graves para a saúde, incluindo fístulas, hemorragia e dor. Difere da maioria dos tipos de mutilação genital feminina por não ser uma intervenção de rotina em meninas, mas um ritual tradicional ligado ao parto. Os cortes angurya são uma forma de cirurgia tradicional ou de raspagem, com o intuito de remover o hímen e outros tecidos envolventes do orifício vaginal. Não se encontraram estudos sobre a prevalência ou consequências desta prática. Na definição modificada, a referência a estes termos e práticas muito localizadas regional e culturalmente foi anulada e a descrição tornada mais generalista, de modo a abarcar um leque mais vasto de intervenções.

Introdução de substâncias nocivas na vagina

Um número significativo de práticas deste tipo foi registado em diversos países, com uma igualmente vasta variedade de causas e potenciais danos para a saúde. São geralmente auto-administradas por mulheres adultas, com o objectivo de limpar a vagina antes ou depois de relações sexuais, para estreitar, tonificar e fortalecer a vagina, de modo a aumentar o prazer sexual da mulher e do parceiro. As consequências e riscos para a saúde dependem das substâncias utilizadas, assim como da frequência e técnica empregues na intervenção (McClelland et al., 2006; Bagnol e Esmeralda, no prelo). A inserção de substâncias nocivas está classificada como forma de mutilação genital,

particularmente quando associada a riscos de saúde e forte pressão social.

Considerações finais

A categoria de Tipo IV levanta algumas questões que permanecem por responder. Os Tipos I a III, em que a remoção do tecido genital é geralmente levada a cabo em menores (crianças e jovens), violam claramente vários direitos humanos e são visados na maior parte da legislação criada sobre violência, danos físicos e abuso de crianças. Porém, nem sempre é claro que intervenções genitais nefastas devem ser classificadas como tipo IV. Geralmente, os órgãos genitais femininos saudáveis, não necessitam de intervenção cirúrgica ou manipulação. Os critérios orientadores para considerar que uma prática constitui uma mutilação genital feminina deverão ser os mesmos dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde, os direitos das crianças e o direito à não discriminação com base no sexo. Algumas práticas, tais como operações estéticas aos genitais e de reconstituição do hímen, que são legalmente aceites em muitos países e não são consideradas mutilação genital feminina, podem até certo ponto ser abarcadas pela definição deste tipo. Considerou-se relevante, contudo, a manutenção de uma definição generalista de mutilação genital feminina, para evitar vazios que pudessem permitir a continuação da prática. A falta de clareza relativamente ao Tipo IV não deverá diminuir a urgência necessária na eliminação dos tipos de mutilação genital feminina mais frequentes e estudados – os Tipos I a III –, que foram já impostos a 100 - 140 milhões de meninas e mulheres, e que, todos os anos, colocam em risco 3 milhões de meninas.



Anexo 3: Países onde a mutilação genital feminina está documentada

Os países em que a prática de mutilação genital feminina dos Tipos I, II, III ou IV foi documentada estão enumerados na lista que se segue. Para os países que não estão assinalados com um

asterisco, a prevalência calculada resulta da informação obtida com base em inquéritos a nível nacional (Inquéritos Demográficos de Saúde (DHS), publicados pela Macro, ou os Inquéritos Nacionais

País	Ano	Estimativa da prevalência da mutilação genital feminina em meninas e mulheres com idade entre os 15 e 49 anos (%)
Benim	2001	16.8
Burquina Faso	2005	72.5
Camarões	2004	1.4
República Centro Africana	2005	25.7
Chade	2004	44.9
Costa do Marfim	2005	41.7
Djibouti	2006	93.1
Egipto	2005	95.8
Eritreia	2002	88.7
Etiópia	2005	74.3
Gâmbia	2005	78.3
Gana	2005	3.8
Guiné	2005	95.6
Guiné-Bissau	2005	44.5
Iémen	1997	22.6
Libéria*	-	45.0
Mali	2001	91.6
Mauritânia	2001	71.3
Níger	2006	2.2
Nigéria	2003	19.0
Quênia	2003	32.2
Senegal	2005	28.2
Serra Leoa	2005	94.0
Somália	2005	97.9
Sudão, região Norte (aproximadamente 80% da população abrangida pelo inquérito)	2000	90.0
Togo	2005	5.8
Uganda	2006	0.6
República da Tanzânia	2004	14.6

* A estimativa deriva de uma combinação de estudos locais e sub-nacionais (Yoder e Khan, 2007).

de Múltiplos Indicadores por Amostragem (MICS), publicados pela UNICEF).

Noutros países, alguns estudos procuraram documentar a mutilação genital feminina, mas não foram calculadas estimativas a nível nacional. Entre estes países encontram-se:

- Índia (Ghadially, 1992)
- Indonésia (Budiharsana, 2004)
- Iraque (Strobel e Van der Osten-Sacken, 2006)
- Israel (Asali et al., 1995)
- Malásia (Isa et al., 1999)
- Emiratos Árabes Unidos (Kvello e Sayed, 2002)

Foram registadas ocorrências episódicas de mutilação genital feminina em diversos outros países, como a Colômbia, a República Democrática do Congo, Oman, Peru e Sri Lanka. Os países nos quais a mutilação genital feminina é praticada apenas por comunidades migrantes não foram incluídos nestas listagens.



Anexo 4: Tratados de direitos humanos e documentos de consenso, regionais e internacionais, que protegem e salvaguardam contra a mutilação genital feminina



Tratados internacionais

- Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada a 10 de Dezembro de 1948. Resolução da Assembleia Geral 217. UN Doc. A/810.
- Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados, adotada a 28 de Julho de 1951 (entrada em vigor a 22 de Abril de 1954).
- Protocolo Adicional à Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados, adoptado a 31 de Janeiro de 1967 (entrada em vigor a 22 de Abril de 1967).
- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, adoptado a 16 de Dezembro de 1966 (entrada em vigor a 23 de Março de 1976).
- Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, adoptado a 16 de Dezembro de 1966 (entrada em vigor a 3 de Janeiro de 1976).
- Convenção para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, adoptada a 18 de Dezembro de 1979 (entrada em vigor a 3 de Setembro de 1981).
- Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis Desumanos ou Degradantes, adoptada e aberta para assinatura, ratificação e adesão por resolução da Assembleia Geral 39/46 de 10 de Dezembro de 1984 (entrada em vigor a 26 de Junho de 1987).
- Convenção sobre os Direitos da Criança, adoptada a 20 de Novembro de 1989. Resolução da Assembleia Geral 44/25. UN GAOR 44ª sessão, Supp. Nº. 49. UN Doc. A/44/49 (entrada em vigor a 2 de Setembro de 1990).
- Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Recomendação Geral Nº. 14, 1990, Circuncisão Feminina; Recomendação Geral Nº. 19, 1992, Violência contra a Mulher; e Recomendação Geral Nº. 24, 1999, Mulher e Saúde.
- Comité dos Direitos do Homem. Comentário Geral No. 20, 1992. Proibição da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis.
- Comité dos Direitos do Homem. Comentário Geral No. 28, 2000. Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres. CCPR/C/21/rev.1/Add.10.
- Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral No. 14, 2000. O direito aos melhores padrões de cuidados de saúde UN Doc. E/C.12/2000/4.
- Comité dos Direitos da Criança. Comentário Geral No. 4, 2003. Saúde de adolescentes e desenvolvimento no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança. CRC/GC/2003/4.

Tratados regionais

- Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais, adoptada a 4 de Novembro de 1950 (entrada em Vigor a 3 de Setembro de 1953).
- Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (entrada em vigor a 18 de Julho de 1978).
- Carta Africana para os Direitos Humanos e dos Povos (Carta de Banjul), adoptada a 27 de Junho de 1981. Organização da Unidade Africana. Doc. CAB/LEG/67/3/Rev.5 (1981), reimpressa em 21 I.L.M. 59 (1982) (entrada em vigor a 21 de Outubro de 1986).
- Carta Africana sobre os Direitos e Bem-estar da Criança, adoptada a 11 de Julho de 1990. Organização da Unidade Africana. Doc. CAB/LEG/24.9/49 (entrada em vigor a 29 de Novembro de 1999).
- Protocolo à Carta Africana para os Direitos Humanos e dos Povos Sobre os Direitos das Mulheres em África, adoptado a 11 de Julho de 2003, Assembleia da União Africana (entrada em vigor a 25 de Novembro de 2005).

Documentos de consenso

- Assembleia Geral das Nações Unidas, Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, UN Doc. A/RES/48/104 (1993).
- Conferência Mundial Sobre os Direitos Humanos, Declaração e Plano de Acção de Viena, Junho 1993. UN Doc DPI/ 1394-39399 (Agosto, 1993).
- Plano de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egipto, 5-13 Setembro 1994. UN Doc. A/ CONF.171/13/Rev. 1 (1995).
- Declaração de Beijing e Plataforma de Acção da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, China, 4-15 de Setembro de 1995. UN Doc A/CONF.177/20.
- Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural da UNESCO, adoptada a 2 de Novembro de 2001.
- Convenção sobre a Protecção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, adoptada em Outubro de 2005 (entrada em vigor em Março de 2007).
- Conselho Económico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), Comissão do Estatuto da Mulher. Resolução sobre o Fim da Mutilação Genital Feminina. Março 2007. E/ CN.6/2007/L.3/Rev.1.



Anexo 5: Complicações para a saúde provocadas pela mutilação genital feminina



Sempre que a informação disponível o permita, as variações dentro de cada Tipo de prática serão especificadas. De modo geral, os riscos aumentam com o aumento da severidade dos procedimentos. Uma vez que os dados existentes sobre as diferentes práticas incluídas no Tipo IV da mutilação genital feminina são limitados, não é apresentada informação sobre elas, nesta secção.

Riscos imediatos de complicações de saúde resultantes dos Tipos I, II e III

Dor intensa: O corte de terminações nervosas e de tecido genital delicado provoca dor extremamente forte. Raramente são usadas anestésias adequadas e, quando o são, nem sempre de modo eficaz. O período de recobro é igualmente doloroso. O Tipo III de mutilação genital feminina é mais invasivo e de execução mais demorada (15 a 20 minutos); conseqüentemente, a intensidade e duração da dor são maiores, tal como o período de recuperação.¹

Choque hipovolémico pode ser provocado por dor intensa e hemorragia.²

Sangramento excessivo (hemorragia intensa) e choque séptico encontram-se documentados.³

Dificuldades na eliminação de urina ou fezes podem ocorrer, causadas por inchaço, edema e dor.⁴

Infecções podem propagar-se após o uso de utensílios contaminados (por exemplo, pelo uso

dos mesmos utensílios em várias intervenções de mutilação genital) e durante o recobro.⁵

Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH): o uso dos mesmos utensílios cirúrgicos sem esterilização pode aumentar o risco de transmissão do VIH entre meninas submetidas, em grupo, à mutilação genital feminina.⁶ Foi estabelecida, num estudo, relação indirecta entre estes factores⁷, embora não esteja documentada⁸, provavelmente consequência da quase inexistência da prática de mutilação genital em grupo, com os mesmos instrumentos e da baixa prevalência de VIH na idade em que as meninas são mutiladas.

Morte pode ser causada por hemorragia ou infecções diversas, incluindo tétano e septicémia.⁹

Sequelas a nível psicológico: dor, choque hipovolémico e a coacção física estão entre as razões mencionada por muitas mulheres para descrever a mutilação genital feminina como uma experiência traumática.¹⁰

Aderência não intencional dos lábios vaginais: vários estudos revelam que, em algumas situações, o que se pretendia ser uma intervenção de Tipo II, evolui para Tipo III, devido à aderência dos lábios vaginais.¹¹

Mutilação genital feminina repetida particularmente frequente em mutilações de Tipo III, geralmente devido a cicatrizaçao mal sucedida.¹²

5. Dirie e Lindmark, 1992; Chalmers e Hashi, 2000; Almroth et al., 2005a,b

6. Klouman et al., 2005; Morison et al., 2001

7. Yount e Abraham, 2007

8. Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005

9. Mohamud, 1991

10. Boddy, 1989; Johansen, 2002; Talle, 2007; Behrendt e Moritz, 2005; Malmström, 2007

11. Egwuatu e Agugua, 1981; Agugua e Egwuatu, 1982; Dare et al., 2004; Behrent, 2005

12. Dirie e Lindmarl, 1992; Chalmers e Hashi, 2000; Johansen, 2006b

1. Tipo I e II: El-Defrawi et al., 2001; Dare et al., 2004; Malmström, 2007. Tipo III: Boddy, 1989; Dirie e Lindmark, 1992; Chalmers e Hashi, 2000; Gruenbaum, 2001; Johansen, 2002

2. Tipo I e II: Egwuatu e Agugua, 1981; Agugua e Egwuatu, 1982. Tipo III: Dirie e Lindmark, 1992; Almroth et al., 2005a

3. Dirie e Lindmark, 1992; Jones et al., 1999; Chalmers e Hashi, 2000; Dare et al., 2004; Yoder et al., 2004

4. Tipo I e II: El-Defrawi et al., 2001; Dare et al., 2004; Yoder et al., 2004. Tipo III: Dirie e Linsmark, 1992; Chalmers e Hashi, 2000; Yoder et al., 2004; Almroth et al., 2005a

Riscos a longo prazo para a saúde resultantes dos Tipos I, II e III (ocorrência em qualquer momento da vida)

Dor: dor crónica causada pela lesão ou desprotecção de terminações nervosas.¹³

Infecções: quistos dermatóides, abscessos e úlceras genitais podem desenvolver-se, com perda superficial de tecido.¹⁴ Infecções pélvicas crónicas podem provocar dor crónica nas regiões da pélvis e das costas.¹⁵ Infecções do tracto urinário podem afectar os rins, apresentando risco de falha renal, septicémia e morte. O risco de infecção urinária recorrente aumenta e está bem documentado quer em meninas quer em mulheres adultas.¹⁶

Quelóides: possibilidade de formação de tecido de cicatriz excessivo, na zona das incisões.¹⁷

Infecções do aparelho reprodutivo e infecções sexualmente transmissíveis: o aumento da frequência de certas infecções do foro genital, nomeadamente a vaginose bacteriana está documentada.¹⁸ Certos estudos revelam risco acrescido de herpes genital, embora não possa ser estabelecida uma relação com outras infecções sexualmente transmissíveis.¹⁹

Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH): o risco acrescido de hemorragia durante as relações sexuais, frequente nos casos em que se revela

necessária uma desfibulação (Tipo III), aumenta o risco de transmissão do VIH. O aumento da prevalência de herpes nas mulheres sujeitas a mutilação genital feminina aumenta, também, o risco de infecção por VIH, uma vez que o herpes genital é um factor de risco na sua transmissão.

Qualidade de vida sexual: a remoção ou lesão de tecido genital, altamente sensível, em especial o clítoris, pode afectar a sensibilidade sexual e conduzir a problemas do foro sexual, tais como diminuição no prazer sexual e dor durante as relações sexuais. A formação de cicatrizes, a dor e as memórias traumáticas associadas à intervenção são outras causas para estes problemas.²⁰

Complicações no parto: a incidência de cesariana e hemorragia pós-parto aumentam substancialmente, tal como o risco de dilaceração e o recurso a episiotomia. Os riscos aumentam na proporção da severidade da mutilação.²¹ As fístulas obstétricas são complicações potenciais de um parto demorado e obstruído, podendo surgir como efeito secundário das complicações de parto provocadas pela mutilação genital feminina.²² Estão actualmente em desenvolvimento alguns estudos que investigam a relação da mutilação genital feminina com as fístulas obstétricas.

Perigos para os recém-nascidos: taxas de mortalidade mais elevadas e índices de Apgar reduzidos; a gravidade dos perigos aumenta com a extensão da intervenção de mutilação.²³

Sequelas a nível psicológico: alguns estudos revelam um aumento das probabilidades de medo de relações sexuais, síndrome de stress



13. Akotonga et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Fernandez-Aguilaret e Noel, 2003

14. Egwuatu e Agugua, 1981; Dirie e Lindmark, 1992; Chalmers e Hashi, 2000; Rouzi et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Thabet e Thabet, 2003

15. Rushwan, 1980; Klouman et al., 2005

16. Ismail, 1999; Knight et al., 1999; Almroth et al., 2005a

17. Jones et al., 1999; Okonofua et al., 2002

18. Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005; Elmusharaf et al., 2006b

19. Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005; Elmusharaf et al., 2006b

20. Knight et al., 1999; Thabet e Thabet, 2003; El-Defrawi et al., 2001; Elnashar e Abdelhady, 2007; Johansen, 2007

21. Vangen et al., 2002; WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 2006

22. Tahzib, 1983; Rushwan, 2000

23. Vangen et al., 2002; WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 2006



pós-traumático, ansiedade, depressão e perda de memória.²⁴ O significado cultural da prática não protege necessariamente das complicações psicológicas.²⁵

Riscos adicionais de complicações resultantes do Tipo III

Intervenções cirúrgicas subsequentes: em algum momento da vida da mulher após uma infibulação, tem de se proceder à sua abertura (desfibulação), de modo a permitir quer a penetração durante uma relação sexual quer o parto. Em alguns países, é habitual fazer-se seguir a desfibulação por uma reinfibulação, o que potencia a necessidade de nova desfibulação. Outras circunstâncias, para além das referidas podem levar à decisão de reinfibulação.²⁶

Problemas urinários e menstruais: menstruação e micções lentas e dolorosas podem resultar do quase completo encerramento da vagina e uretra²⁷. O hematocolpos, pode requerer intervenção cirúrgica²⁸. A incontinência urinária é frequente em mulheres sujeitas a infibulação, possivelmente devido a dificuldades no controlo da bexiga e pela retenção de líquido sob a camada de tecido da cicatriz.²⁹

Relações sexuais dolorosas: uma vez que uma infibulação tem de ser aberta, quer cirurgicamente quer através de penetração sexual, o acto sexual é frequentemente doloroso para a mulher durante as primeiras semanas após a iniciação da actividade sexual.³⁰ Os parceiros masculinos podem igualmente sofrer dor e complicações.³¹

Infertilidade: a associação entre a mutilação genital feminina e a infertilidade é principalmente justificada pelo corte dos grandes lábios, uma vez que as evidências sugerem que quanto mais tecido é removido, maior são os riscos de infecções.³²

* resultante da acumulação de sangue na vagina - (*N. do T.*)

24. Whitehorn, 2002; Behrendt e Moritz, 2005; Lockhat, 2006

25. Behrendt e Moritz, 2005; Lockhat, 2006; Nour et al., 2006; Elnashar e Abdelhady, 2007

26. Berggren, 2004, 2006; Nour et al., 2006

27. Akotonga et al., 2001; Knight et al., 1999; Almroth et al., 2005a; Nour et al., 2006

28. Dirie and Lindmark, 1992

29. Egwuatu e Agugua, 1981; Agugua e Egwuatu, 1982; Dirie e Lindmark, 1992; Ismail, 1999; Chalmers e Hashi, 2000; Njue e Askew, 2004

30. Talle, 1993; Akotonga et al., 2001; Gruenbaum, 2006; Nour et al., 2006

31. Dirie e Lindmark, 1992; Almroth et al., 2001

32. Almroth et al., 2005b

Referências

- Abdi MS (2007). *A religious oriented approach to addressing FGM/C among the Somali community of Wajir*. Nairobi, Population Council.
- Abusharaf RM (2001). Virtuous cuts: female genital circumcision in an African ontology. Differences, a *Journal of Feminist Cultural Studies*, 12:112–140.
- Abusharaf R (2005). Smoke bath: renegotiating self and the world in a Sudanese shantytown. *Anthropology and Humanism*, 30:1–21.
- Abusharaf R, ed. (2007). *Female circumcision: multicultural perspectives*. Filadélfia, University of Pennsylvania Press.
- Agugua NE, Egwuatu VE (1982). Female circumcision: management of urinary complications. *Journal of Tropical Pediatrics*, 28:248–252.
- Ahmadu F (2000). Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 283–312.
- Akotioga M, Traore O, Lakonde J, Kone B. (2001). Séquelles génitales externes de l'excision au centre hospitalier national Yalgado Uuedraogo (CHN-YO): épidémiologie et traitement chirurgical. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 29:295–300.
- Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, Al Said SS, Hasan SS, Lithell UB (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social Science and Medicine*, 53:1455–1460.
- Almroth L, Bedri HA, Elmusharaf S, Satti A, Idris T, Hashim MS (2005a). Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*, 9:127–133.
- Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MAA, Elfadil SM (2005b). Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*, 366:385–391.
- Almroth-Berggren V, Almroth L, Bergstrom S, Hassanein OM, Hadi NE, Lithell UB (2001). Reinfibulation among women in a rural area in central Sudan. *Health Care Women International*, 22:711–721.
- Asali A, Khamaysi N, Aburabia Y, Letzer S, Halihal B, Sadovsky M (1995). Ritual female genital surgery among Bedouin in Israel. *Archives of Sexual Behavior*, 24:571–575.
- Askew I (2005). Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital cutting. *Culture, Health and Sexuality*, 7:463–477.
- Assembly of the African Union (2003). *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Adopted by the 2nd Ordinary Session of the Assembly of the Union, Maputo, 11 July 2003. Available at: http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html (accessed on 16 October 2007).
- Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Med*, 2:e298.
- Bagnol B, Esmeralda M. (in press). Closing the vagina through elongation of the labia minora and use of vaginal products to enhance eroticism: Can these practices be considered FGM? *Finnish Journal of Ethnicity and Migration(FJEM)*. www.etmu.fi/fjem.
- Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, 369:643–656.
- Behrendt A (2005). *The practice of excision in Moyamba and Bombali districts of Sierra Leone: perceptions, attitudes and practices*. Dakar, Plan West Africa Regional Office.
- Behrendt A, Moritz S (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162:1000–1002.
- Berggren V, Abdel Salam G, Bergstrom S, Johansson E, Edberg AK (2004). An explorative study of Sudanese midwives' motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. *Midwifery*, 20:299–311.
- Berggren V, Yagoub AE, Satti AM, Khalifa MA, Aziz FA, Bergstrom S (2006). Postpartum tightening operations on two delivering wards in Sudan. *British Journal of Midwifery*, 14:1–4.
- Bjälkander O, Almroth L (2007). *FGM in Sierra Leone: rituals, youth, fistula and local laws*. Paper presented at the 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), Hansaari, Finlândia, 7–8 September.
- Boddy J (1989). *Wombs and alien spirits: women, men and the zar cult in northern Sudan*. Madison, Wisconsin, University of Wisconsin Press.
- Boddy J (1998). Violence embodied? Female circumcision, gender politics, and cultural aesthetics. In: Dobash RE, Dobash RP, eds. *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Budiharsana M (2004). *Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights*. Jakarta, Population Council.
- Catania L, Hussen AO (2005). *Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*. Roma, Derive Approdi.
- Chalmers B, Hashi KO (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*, 27:227–234.





- Chege JN, Askew I, Liku J (2001). *An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of female genital mutilation in Kenya*. Frontiers in Reproductive Health. Washington DC, Population Council.
- Christoffersen-Deb A (2005). Taming tradition: medicalized female genital practices in western Kenya. *Medical Anthropology Quarterly*, 19:402–418.
- Clarence-Smith WG (2007). *Islam and female genital cutting in Southeast Asia: the weight of the past*. Paper presented at 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), 7–8 October, Hansaari, Finlândia.
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1990). General Recommendation No. 14 (Ninth session). New York, United Nations Division for the Advancement of Women.
- Convention on the Rights of the Child (1989). General Assembly Resolution 44/25. UN GAOR 44th session, Supp. No. 49. UN Doc. A/44/49.
- Dare FO, Oboro VO, Fadiora SO, Orji EO, Sule-Odu AO, Olabode TO (2004). Female genital mutilation: an analysis of 522 cases in South-Western Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24:281–283.
- Dellenborg L (2004). A reflection on the cultural meanings of female circumcision: experiences from fieldwork in Casamance, southern Senegal. In: Arnfred, S, ed., *Re-thinking sexualities in Africa*. Uppsala, Nordic Africa Institute, 79–98.
- Dembour M (2001). Following the movement of a pendulum: between universalism and relativism. In: Cowan J, Dembour M, Wilson, R, eds. *Culture and rights: anthropological perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press: 56–79.
- Dirie MA, Lindmark G (1992). The risk of medical complications after female circumcision. *East African Medical Journal*, 69:479–482.
- Donor Working Group on Female Genital Mutilation/cutting (2007). *Toward a common framework for the abandonment of FGM/C*. Florence, UNICEF.
- Draege TL (2007). *The role of men in the maintenance and change of female genital cutting in Eritrea*. Thesis, University of Bergen.
- Egwuatu VE, Agugua NE (1981). Complications of female circumcision in Nigerian Igbos. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88:1090–1093.
- El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M (2001). Female genital mutilation and its psycho-sexual impact. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 27:465–473.
- Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L (2006a) Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *British Medical Journal*, 333(7559):124.
- Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, Almroth L (2006b). A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113:469–474.
- Elnashar RA, Abdelhady R (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 97:238–244.
- Fernandez-Aguilaret S, Noel JC (2003). Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstetrics and Gynecology*, 101:1053–1054.
- GTZ-Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (2005). *Generation dialogue about FGM and HIV/AIDS: method, experiences in the field and impact assessment*. Eschborn.
- Ghadially R (1992). Update on female genital mutilation in India. *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter*, January–March.
- Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 369:657–666.
- Gruenbaum E (2001). *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. Pittsburgh, University of Pennsylvania Press.
- Gruenbaum E (2006). Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Medical Anthropology Quarterly*, 20:121.
- Hayford SH (2005). Conformity and change: community effects on female genital cutting in Kenya. *Journal of Health and Social Behavior*, 46:121–140.
- Herioka E, Dhar J (2003). Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of Khartoum university students towards this practice. *Sexually Transmitted Infections*, 79:220–223.
- Hernlund Y (2000). Cutting without ritual and ritual without cutting: female circumcision and the re-ritualization of initiation in The Gambia. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, change and controversy*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner; 235–252.
- Hernlund Y (2003). *Winnowing culture: negotiating female "circumcision" in the Gambia*. PhD thesis. University of Washington, Seattle.
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics (1994). FIGO General Assembly, Montreal, Canada 1994. London, FIGO—International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- International Covenant on Civil and Political Rights, adopted 16 December 1966 (entry into force, 23 March 1976).
- Irin News (2007). *Guinea-Bissau: Two thousand girls a year suffer genital mutilation*. Available at: www.plusnews.org

- Isa AR, Shuib R, Othman MS (1999). The practice of female circumcision among Muslims in Kelantan, Malaysia. *Reproductive Health Matters*, 7:137–144.
- Ismail NHA. (1999). *Urinary leakage and other complications of female genital mutilation (FGM) among Somali girls in Sweden*. Uppsala, Institutionen för kvinnors och barns hälsa.
- Johansen REB (2002). Pain as a counterpoint to culture: towards an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*, 16:312–340.
- Johansen REB (2006a). Care for infibulated women giving birth in Norway- An anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical Anthropology Quarterly*, 20:516–44.
- Johansen REB (2006b). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of female genital cutting among Somalis in Norwegian exile, and their health care providers*. Dissertation. University of Oslo, Faculty of medicine.
- Johansen REB (2007). Experiencing sex in exile—can genitals change their gender? In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 248–277.
- Johnson M (2007). Making mandinga or making Muslims? Debating female circumcision, ethnicity, and Islam in Guinea-Bissau and Portugal. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 202–223.
- Jones H, Diop N, Askew I, Kaboré I (1999). Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning*, 30:219–230.
- Klouman E, Manongi R, Klepp KI (2005). Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. *Tropical Medicine and International Health*, 10:105–115.
- Knight R, Hotchin A, Bayly C, Grover S (1999). Female genital mutilation—experience of The Royal Women's Hospital, Melbourne. *Australia New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39:50–54.
- Kvello A, Sayed L (2002). *Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater—er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner?* (Concerning female circumcision in the United Arab Emirates: Is clitoridectomy in a traditional context an assault against women?) Thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Leonard L (2000). Adopting female "circumcision" in southern Chad: the experience of Myabe. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner, 167–192.
- Lockhat H (2006). *Female genital mutilation: treating the tears*. London Middlesex University Press.
- Mackie G (2000). Female genital cutting: the beginning of the end. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 253–282.
- Malmström M (2007). *Bearing the pain as a woman or becoming ruined for life? Changing views of the meaning and morality of pain and suffering among the popular classes of Cairo*. Paper presented at 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), Hansaari, Finland 7–8 September 2007.
- McCaffrey M (1995). Female genital mutilation: consequences for reproductive and sexual health. *Sexual and Marital Therapy*, 10:189–200.
- McClelland RS, Lavreys L, Hassan W, Mandaliya K, Ndinya-Achola J, Baeten JM (2006). Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study. *AIDS*, 20:269–273.
- Mohamud OA (1991). Female circumcision and child mortality in urban Somalia. *Genus*, 47:203–223.
- Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, Walraven G (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 6:643–653.
- Msuya SE, Mbizvo E, Hussain A, Sundby J, Sam NE, Stray-Pedersen B (2002). Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes? *Tropical Medicine and International Health*, 7:159–165.
- Mwenda KK (2006). Labia elongation under African customary law: a violation of women's rights? *International Journal of Human Rights*, 10:341–357.
- Ndiaye S, Diop NJ, Yoder PS (in press). *Évaluation à long terme du programme de Tostan au Sénégal: Régions de Kolda, Thiès et Fatick*. Calverton, Macro International Inc.
- Newland L (2006). Female circumcision: Muslim identities and zero tolerance policies in rural West Java. *Women's Studies International Forum*, 29:394–404.
- Njue C, Askew I (2004). *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*. Washington DC, Population Council Frontiers in Reproductive Health.
- Nour NM, Michels KB, Bryant AE (2006). Defibulation to treat female genital cutting. Effect on symptoms and sexual function. *Obstetrics and Gynecology*, 108:55–60.





- Nypan A (1991). Revival of female circumcision: a case of neo-traditionalism. In: Stolen KA, Vaa M, eds. *Gender and change in developing countries*. Oslo, Norwegian University Press: 39–65.
- Obermeyer CM (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health and Sexuality*, 7:443–461.
- Obiora LA (1997). Bridges and barricades: rethinking polemics and intransigence in the campaign against female circumcision [electronic version]. *Western Reserve Law Review*, 47:275–379.
- Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slanger TE (2002). The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109:1089–1096.
- Population Reference Bureau (2001). *Abandoning female genital cutting: prevalence, attitudes, and efforts to end the practice*. Washington DC.
- Population Reference Bureau (2006). *Abandoning female genital mutilation/cutting: an in-depth look at promising practices*. Washington DC, Population Reference Bureau.
- Rouzi AA, Sindi O, Bandar Radhan F, Ba'aqeel H (2001). Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185:569–571.
- Rushwan H (1980). Etiologic factors in pelvic inflammatory disease in Sudanese women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 138:877–879.
- Rushwan H (2000). Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 70:99–104.
- Satti A, Elmusharaf S, Bedri HA, Idris T, Hashim MSK, Suliman GI, Almroth I (2006). Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan. *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health*, 26:303–310.
- Shell-Duncan B (2001). The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Sciences and Medicine*, 52:1013–1028.
- Shell-Duncan B, Hernlund Y (2006). Are there "stages of change" in the practice of female genital cutting? Qualitative research findings from Senegal and The Gambia. *African Journal of Reproductive Health*, 10:57–71.
- Shweder RA (2003). What about female genital mutilation and why understanding culture matters in the first place. In: Shweder R, Minow M, Markus HR, eds. *Engaging cultural differences: the multicultural challenge in liberal democracies*. New York, Russell Sage Foundation: 216–251.
- Snow RC, Slanger TE, Okonofua F, Oronsaye F, Wacker J (2002). Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline *Tropical Medicine and International Health*, 7:91–100.
- Strobel S, von der Osten-Sacken T (2006). *Female genital mutilation in Iraqi Kurdistan*. Presented at the 1ère Journée Humanitaire sur la Santé des Femmes dans le Monde, Paris, France. Gynécologie sans Frontières http://www.wadinet.de/news/dokus/fgm-conference_1ere_journee_humanitaire-en.htm.
- Talle A (1993). Transforming women into "pure" agnates: aspects of female infibulation in Somalia. In: Broch-Due V, Rudie I, Bleie T, eds. *Carved flesh, cast selves: gender symbols and social practices*. Oxford, Berg: 83–106.
- Talle A (2007). Female circumcision in Africa and beyond: the anthropology of a difficult issue. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 91–106.
- Tamale S (2006). Eroticism, sensuality and "women's secrets" among the Baganda. *Institute of Development Studies Bulletin*, 37:89–97.
- Tahzib F (1983). Epidemiological determinants of vesico-vaginal fistulas. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 90:387–391.
- Thabet SM, Thabet AS (2003). Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 29:12–19.
- Thierfelder C, Tanner M, Bodiang CM (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15:86–90.
- Toubia NF, Sharief EH (2003). Female genital mutilation: have we made progress? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82:251–261.
- UNAIDS (2007). *Safe, voluntary, informed male circumcision and comprehensive HIV prevention programming: Guidance for decision-makers on human rights, ethical and legal considerations*. Geneva, UNAIDS.
- UNESCO (2001). *UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity*. Paris, UNESCO.
- UNICEF (2005a). *Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report*. Nova Iorque, UNICEF.
- UNICEF (2005b). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Innocenti Digest. Florença, UNICEF.
- UNFPA (2005). *Culture matters. Working with communities and faith-based organizations. Case studies from*

- Country programmes.* Nova lorque, UNFPA.
- UNFPA (2006). *Guide to working from within: 24 tips for culturally sensitive programming.* Nova lorque, UNFPA.
- UNFPA (2007a). *Women's Economic Empowerment: Meeting the Needs of Impoverished Women.* Nova lorque, UNFPA.
- UNFPA (2007b). *Engaging faith-Based organizations in HIV prevention: A training manual for programme managers.* Nova lorque, UNFPA.
- UNFPA (2007c). *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting.* Nova lorque, UNFPA.
- UN General Assembly (2002). *Resolution adopted by the General Assembly, 11 October 2002.* Nova lorque, United Nations.
- Vangen S, Johansen REB, Træen B, Sundby J, Stray-Pedersen B (2004). *Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway.* *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 112, 29–35.
- Vangen S, Stoltenberg C, Johansen REB, Sundby J, Stray-Pedersen B (2002). *Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway.* *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica*, 81:317–322.
- Whitehorn J (2002). *Female genital mutilation: cultural and psychological implications.* *Sexual Relationships and Therapy*, 17:161–170.
- WHO (1996a). *Islamic ruling on male and female circumcision.* Alexandria, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO (1996b). *Female genital mutilation. Report of a WHO technical working group.* Geneva, 17–19 July 1996. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1999). *FGM programmes to date: what works and what doesn't. A review.* Geneva. Report No: WHO/CHS/WMH/99.5.
- WHO (2000a). *Female genital mutilation. Fact Sheet No 241.* June 2000. Geneva, World Health Organization. At: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> (accessed 3 October 2007).
- WHO (2000b). *Female genital mutilation: a handbook for frontline workers.* Geneva. World Health Organization. WHO/FCH/WMH/00.5.
- WHO (2001a). *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery, a teacher's guide.* Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.16.
- WHO (2001b). *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery—a student's manual.* Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.17.
- WHO (2001c). *Female genital mutilation: the prevention and the management of the health complications, policy guidelines for nurses and midwives.* Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.18.
- WHO Somalia (2002). *Female genital cutting in Somalia. Reasons for continuation and strategies for eradication.* Hargeisa, Somalia, World Health Organization.
- WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome (2006). *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.* *Lancet*, 367:1835–1841.
- WHO, UNAIDS (2007). *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications.* WHO/UNAIDS Technical Consultation, Montreux, 6–8 March 2007. Conclusions and Recommendations. Geneva, World Health Organization.
- WHO, UNFPA (2006). *Towards the elimination of female genital mutilation: a training manual for the affected countries in the Eastern Mediterranean Region.* Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO, UNICEF, UNFPA (1997). *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement.* Geneva, World Health Organization.
- World Medical Association (1964). *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects.* Adopted by the 18th World Medical Association General Assembly, in Helsinki, Finland, June 1964, and amended in 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000.
- Yoder PS, Khan S (2007). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total.* Calverton, Macro International Inc.
- Yoder PS, Mahy M (2001). *Female genital cutting in Guinea: qualitative and quantitative research strategies* (DHS Analytical Studies No 5), Calverton: Macro International Inc.
- Yoder PS, Camar PO, Soumaoro B (1999). *Female genital cutting and coming of age in Guinea.* Calverton, Macro International Inc.
- Yoder PS, Abderrahim N, Zhuzhuni A (2004). *Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis.* Calverton, Macro International Inc.
- Yount KM (2002). *Like mother, like daughter? Female genital cutting in Minia, Egypt.* *Journal of Health and Social Behaviour*. 43(3):336–358.
- Yount KM, Abraham BK (2007). *Female genital cutting and HIV/AIDS among Kenyan women.* *Studies in Family Planning*, 30:73–88.



Para mais informação, por favor contacte

OMS – Organização Mundial da Saúde
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Fax: +44 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductive-health

APF – Associação para o Planeamento da Família
Rua Artilharia Um, 38 - 2ºDto
1250-040 Lisboa
Tel: +351 21 385 3993
Fax: + 351 21 388 7379
E-mail: apfsede@apf.pt
www.apf.pt



**Organização
Mundial da Saúde**



ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA