

MUTILAÇÃO GENTAL FEMININA: SEGREDO PARA REVELAR

Ana Frias

Professora da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus-Universidade de Évora,
Doutora em Psicologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Saúde
Materna e Obstétrica

Fernanda Gomes da Costa

Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Doutoranda em
Didáctica Y Organización Educativa, Facultad Ciencias de la Educación, Universidad Sevilla,
Mestre em Ciências de Enfermagem, Pós-Graduação em Didáctica Y Organización Educativa,
Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA: SEGREDO PARA REVELAR

RESUMO: A Mutilação Genital Feminina (MGF) refere-se à excisão parcial ou total dos órgãos genitais femininos. Estima-se que cerca de 140 milhões de mulheres já foram submetidas a esta prática pelo mundo e que, a cada ano, 3 milhões de crianças e adolescentes do gênero feminino correm o risco de serem sujeitas à mesma. Hoje em dia, já se conhecem as consequências da MGF, quer na saúde mental, sexual ou reprodutiva da mulher. Este artigo de revisão de literatura, objetiva a reflexão sobre grupos socialmente vulneráveis, especificamente na detecção e acompanhamento da mulher, genitalmente, excisada. Desta forma, torna-se necessário sensibilizar para a presença da MGF, assim como as suas consequências e alterações. É importante que se conheça a realidade da MGF, as questões culturais inerentes à mesma, como se realiza, quando se realiza, as consequências físicas e psicológicas que resultam desta prática. Só desta forma, se poderá atuar e intervir de maneira eficaz no que diz respeito à saúde materna, reprodutiva e sexual da mulher.

Palavras-Chave: Mutilação genital feminina; mulher; saúde

ABSTRACT

FEMALE GENITAL MUTILATION: SECRET FOR TO REVEAL

Female Genital Mutilation (FGM) refers to the partial or entire excision of female genitalia. It is estimated that about 140 million women have been subjected to this practice in the world, and that each year, 3 million children and adolescent females are at risk of being subjected to it. Nowadays, the consequences of FGM are already known, either mental, sexual and reproductive health of women. This review of literature objective the reflection on socially vulnerable groups, specifically the detection and monitoring of women, genitally excised. Therefore, it is necessary to sensitize for the presence of FGM, as well as their consequences and changes. It is important to know the reality of FGM, cultural issues behind it, as is done, when it's done, the physical and psychological consequences resulting from this practice. Only in this way, it can act and intervene effectively with regard to maternal, sexual and reproductive health of women.

Key Words: Female Genital Mutilation; Woman; Health.

Nota introdutória

A origem da Mutilação Genital Feminina (MGF) mantém-se desconhecida, mas segundo Hogemann, (s.d) precedeu o cristianismo e o islamismo e era praticada pelos “falashas” (judeus etíopes). No entanto, existem diferentes teorias relativamente à sua origem. Segundo Piacentini (2007): uns consideram que teve origem no antigo Egipto; outros dizem que é um ritual africano que foi difundido posteriormente para o Egipto; ou ainda, que era uma prática aplicada às mulheres de etnia africana da época do velho mercado árabe de escravos ou de que a MGF foi introduzida quando o Vale do Nilo foi invadido por tribos nómadas (3.100 a. C). Esta prática pode ser comparável à tortura e está condenada pelo artigo 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos com a agravante de ser praticada, na maioria dos casos, em crianças (Branco, 2006).

A MGF, no Código Penal Português (artigo 144.º), é tida como ofensa grave à integridade física. Esta prática é considerada crime público. Portugal é considerado um país de risco devido às comunidades imigrantes originárias da África subsaariana, apresentando-se a Guiné-Bissau como a maior comunidade residente em Portugal (Organização Mundial de Saúde [OMS],2009; DGS, 2012). O ato praticado traz consequências graves para as crianças e jovens evidenciando-se a desigualdade de género em que meninas e raparigas são sujeitas a rituais da MGF, em período de férias escolares (Bento, 2011). Frade (2009), refere que por estas razões se criou o I Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina, integrado no III Plano Nacional para a Igualdade: Cidadania e Género (2007-2010), em que o estado Português assume o compromisso específico sobre a MGF, onde se denota um reforço dos direitos humanos das mulheres e crianças. Em 2011, em sua sequência e incidindo na promoção de ações de informação e sensibilização, educação e prevenção dos riscos relacionados com a MGF, particularmente na área da saúde sexual e reprodutiva, surgiu o II Programa de Ação para a Eliminação da MGF (2011-2013). Devido ao malefício associado a esta prática, foi também assinada a Declaração Conjunta para a Eliminação da MGF em 2008 por dez organismos das Nações Unidas, transmitindo este ato a amplitude da realidade e a importância de adotar medidas (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2009a). A proibição da MGF foi aprovada por unanimidade, em dezembro de 2012, na Assembleia Geral da ONU.

Em que consiste a mutilação genital feminina?

A MGF, circuncisão feminina ou «fanado», é considerado um costume frequente em comunidades de cultura islâmica (Fonseca & Lucas, 2009). Esta engloba todas as ações

que incluem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou que provoquem lesões nos mesmos por razões não médicas (OMS, 2009, Direção Geral de Saúde [DGS], 2012). Na dimensão cultural, esta prática está associada à castidade e ao facto de diminuir o desejo sexual, assim como, à redução do risco da mulher ser infiel ao marido. Por outro lado, também pode ser vista como uma prática de higiene, já que o órgão sexual feminino externo é considerado como feio e volumoso pelas comunidades onde a prática é realizada (Hogemann, sd).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (em conjunto com outros nove organismos das Nações Unidas, OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM) existem 4 tipos de MGF (APF, 2009b, DGS, 2012): O primeiro tipo refere-se à remoção parcial ou total do clítoris (clitoridectomia). Por outro lado, a excisão (Tipo II), sendo a mais frequente, consiste na extração parcial ou integral do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios. A infibulação (Tipo III) consiste no “estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris”, que segundo Frade, (2009) e a APF, (2004) o processo de cicatrização que dura de 2 a 8 semanas deixa apenas uma pequena abertura para a micção e fluxo menstrual. A MGF de Tipo IV corresponde a “todas as intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas”, por exemplo: punção, perfuração, incisão, escarificação e cauterização (APF, 2009b).

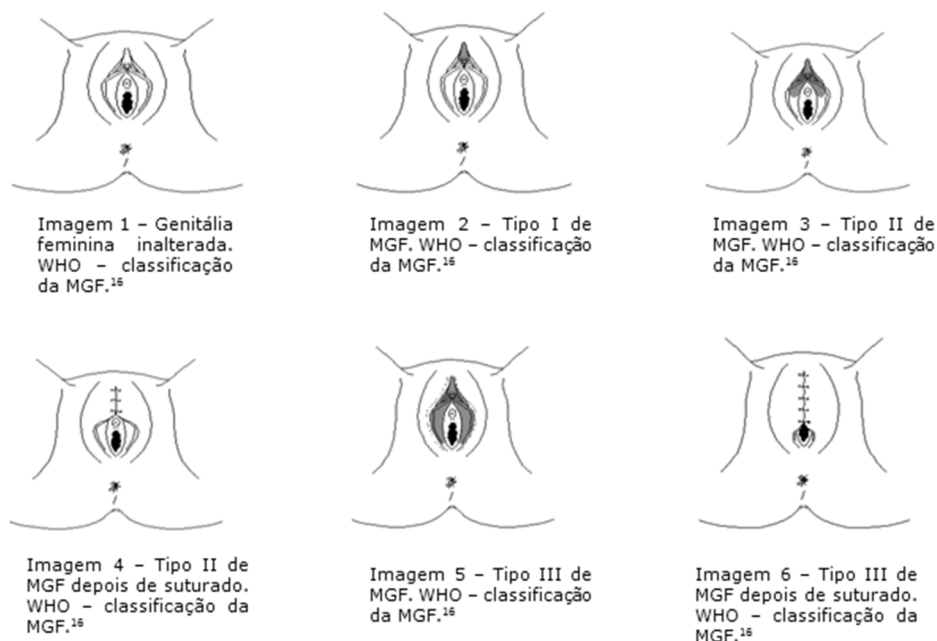


Figura1. Classificação da Mutilação Genital Feminina segundo a OMS (2009)

O instrumento normalmente usado para a realização da MGF é um vidro partido, uma tampa de lata, tesouras, navalhas ou outro instrumento cortante (Piacentini, 2007). Geralmente, a técnica é realizada em crianças entre os 4 anos e os 8 anos de idade, em grupos de uma mesma comunidade, considerando a OMS (2009a) que o grupo etário está a tornar-se cada vez mais jovem. A pessoa que pratica a MGF costuma ser a anciã, parteira ou a curandeira tradicional da mesma comunidade, autodenominando-se de “fanadeira”. Em quase todos os casos, esta prática é associada a rituais de iniciação ou purificação e festividades, sendo apenas admitida a presença de mulheres (Piacentini, 2007; Campos, 2010). A maioria das mulheres mutiladas não considera esta prática como uma violência, pois o género feminino foi assumido, durante séculos, como física e intelectualmente inferior ao outro (Rosa, 2011).

Extensão geográfica e dados estatísticos

Estima-se que cerca de 130-140 milhões de mulheres já foram submetidas a esta prática pelo mundo e que a cada ano, 3 milhões de crianças e adolescentes do género feminino correm o risco de serem sujeitas à mesma, cerca de 8 mil todos os dias (Frade, 2009; DGS, 2012).

Segundo a Unicef e a OMS, a MGF é feita em 28 países africanos e Médio Oriente (Iémen, Emirados Árabes Unidos, Omã, Bahrain, Qatar e algumas zonas da Arábia Saudita). Relativamente a ex-colónias portuguesas, as únicas mencionadas pela OMS e Unicef, são a Guiné-Bissau (onde 50% das mulheres são mutiladas), Moçambique, Angola e tribos da Amazónia. Os países onde a prática é mais comum, atingindo cerca de 90% da população, são a Somália, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Serra Leoa, Sudão, Gâmbia e Egipto (Bento, 2011; DGS, 2012).

Para além destes, sabe-se que esta prática ocorre ainda em comunidades de imigrantes em regiões da Ásia (Indonésia, Sri Lanka, Índia e Malásia), Pacífico (Austrália), Europa (Inglaterra, Holanda, Suécia, França, Portugal e Itália) e América (Canadá e Estados Unidos). Alguns países africanos já têm legislação que proíbe a prática da MGF, contudo esta continua a ser praticada. É ainda importante referir que, 15 países africanos aceitaram o Protocolo sobre os Direitos das Mulheres Africanas (Convenção Africana sobre os Direitos das Pessoas e Povos), em vigor em novembro de 2006, e que engloba, entre outros, a reprovção da prática. Ainda assim e apesar da nova legislação, tem-se verificado que as práticas culturais não estão tão “abertas” à mudança (Piacentini, 2007).

Situação em Portugal

Segundo Piedade (2008), Portugal é considerado um país de risco relativamente à prática de MGF, principalmente devido ao aumento de imigrantes cuja prática é recorrente no seu país de origem. Segundo a antropóloga guineense Quintino, os casos de excisão feminina são raros pois o ato está associado a rituais de iniciação que só fazem sentido no local de origem da pessoa (Branco, 2006). Como diz Ribeiro de Faria (2002) citada por Branco (2006), esta prática constitui uma grave ofensa à integridade física da pessoa, com pena de dois a dez anos de prisão, de acordo com o Código Penal Português.

Em Fevereiro de 2009, formou-se o I Programa de Ação para a Eliminação da MGF reforçando os direitos da mulher e da criança, principalmente o direito à saúde, à integridade física, à não sujeição a nenhuma forma de tortura e o direito à não discriminação (APF, 2009b). Este programa assenta em 4 medidas principais: **Medida 1:** Sensibilizar, Prevenir, Apoiar e Integrar; **Medida 2:** Formar; **Medida 3:** Conhecer e Investigar; **Medida 4:** Advogar. Foram, ainda, apresentadas várias iniciativas entre as quais se destacam a criação de um referencial de formação em MGF, realização de ações de formação a profissionais de saúde e a outros técnicos, como docentes de ensino ou formação técnico-profissional e órgãos da polícia criminal, a promoção do aumento da literacia e escolaridade das mulheres e jovens imigrantes, entre outras (Frade, 2009; APF, 2009b; DGS, 2012).

Consequências para a saúde da mulher e da grávida

Hoje em dia, já se conhecem as consequências deste acontecimento, quer na saúde mental, quer na saúde sexual e reprodutiva da mulher (Fonseca & Lucas, 2009). As infeções imediatas são várias devido ao uso de materiais não esterilizados e reutilizados. O facto de não ser administrada terapêutica analgésica nem antissépticos também acarreta riscos graves (Branco, 2006; Vicente, 2007). As doenças mais comuns são o tétano, septicemia e as doenças infetocontagiosas (como o HIV). As vias urinárias ficam frequentemente inflamadas devido à retenção urinária. A longo prazo, estes problemas urinários podem levar a incontinência urinária e as perdas de sangue constantes podem levar a situações de anemia grave. As infeções pélvicas também são comuns, principalmente em mulheres infibuladas e podem estender-se ao útero, trompas de Falópio e ovários, levando muitas vezes à infertilidade (OMS, 2009; DGS, 2012). Importa referir que a técnica pode conduzir à morte por hemorragia maciça. Estas, por ausência de materiais médicos, são

tratadas com plantas medicinais e orações, o que gera um tratamento não adequado. Na vulva podem aparecer abscessos, quistos e fístulas e se o nervo do clítoris for cortado as consequências psicológicas e sexuais são extremas. Ainda de acordo com Branco (2006), e relativamente à sexualidade, a MGF pode causar disfunções sexuais no casal, pois as relações são acompanhadas de dor e/ou de impossibilidade de penetração. A capacidade orgásmica normalmente diminui.

Também existem riscos obstétricos e consequências fetais: Quando a mulher se encontra no momento do parto, o tecido cicatricial, resultante da MGF pode lacerar e provocar hemorragias graves. As que se encontram com os lábios vaginais encerrados têm que ser excisadas para permitir o parto e a passagem do bebé, sendo que são novamente “fechadas” após o mesmo (Fonseca & Lucas, 2009). Sabe-se que existe maior incidência de partos por cesariana e complicações pós-parto nas mulheres submetidas à MGF. De facto, verifica-se uma taxa de mortalidade perinatal 15% a 55% mais elevada nas mulheres sujeitas a esta prática.

Em termos psicológicos as consequências são graves e traumáticas, podendo notar-se medo/receio de ter relações sexuais, síndrome de stress pós-traumático, ansiedade, depressão, perda de memória e perturbações psicossomáticas. As reações são várias, podem sentir-se humilhadas e traídas e vão desde a necessidade e facilidade de verbalizar o acontecimento e sofrimento até ao não conseguir abordar o assunto ou mesmo não recordar a situação (Campos, 2010; Fonseca & Lucas, 2009).

Papel do enfermeiro (intervenção)

Primeiramente, é essencial que se conheça a realidade da MGF. Sem este conhecimento de base, não é possível estabelecer intervenções adequadas e eficientes na comunidade (Vicente, 2007). A avaliação inicial é o primeiro contacto com a pessoa, e como tal é importante consciencializar-se sobre as corretas atitudes a tomar por forma a estabelecer-se uma relação de confiança. Tratá-la como vítima é errado e pode muitas vezes afastar por completo qualquer possibilidade de aproximação e comunicação terapêutica. É essencial ser-se desprovido de preconceitos ou estereótipos (Campos, 2010). A utilização de terminologia adequada é fulcral em qualquer intervenção, portanto termos como MGF devem ser substituídos por “Corte dos Genitais Femininos” ou outro que seja utilizado pela mulher ou que esta aprove (APF, 2009b).

Numa primeira entrevista e exame físico, algumas mulheres podem procurar ajuda ou abordar o tema, mas normalmente tendem a ocultar o facto, pois têm medo da

incompreensão por parte dos profissionais de saúde. Assim, estes devem estar atentos e despertos na observação das mulheres que provêm de regiões em que esta mutilação é praticada (Vicente, 2007). Com a observação destes factos é essencial que se esteja atento a outros sinais, através da observação da linguagem corporal e expressões utilizadas, tom de voz e postura da pessoa. Importa ainda: 1) A privacidade e confidencialidade; 2) O Espaço físico; 3) A duração; 4) Características como a empatia; 5) A relação de confiança; 6) Juízos de valor; 7) O Comportamento não-verbal; 8) A terminologia que é familiar; 9) A escuta ativa; e 10) As expressões faciais (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários [APECS], 2009).

Como em qualquer outra avaliação inicial, deve-se evitar qualquer tipo de crítica ou valoração negativa, pois afasta a mulher e impede que a mesma exponha com naturalidade as suas dificuldades e dúvidas (Vicente, 2007; Campos, 2010).

Visto que a MGF pode ser efetuada de diferentes formas, algumas delas podem passar despercebidas, porém as alterações decorrentes da mutilação podem ser bastante evidentes na maioria dos casos e provocar sintomatologia. Deste modo, deve-se ter em atenção as possíveis “áreas de fibrose e retração, quistos de retenção (devido a invaginação do epitélio durante o processo de cicatrização) ou um orifício vaginal estreito e fibrótico (frequente na infibulação). Como estas são pouco distensíveis, podem ocorrer lesões ou infeções durante as relações sexuais e parto (DGS, 2012; Vicente, 2007).

Devido ainda às alterações anatómicas decorrentes deste acontecimento, pode haver obstrução durante a micção, o que torna mais frequentes as infeções urinárias. Se o orifício vaginal ficar muito estreito, pode existir até obstrução ao fluxo menstrual, podendo gerar quadros de hematocolpos (retenção do sangue menstrual na vagina) ou dores significativas durante a menstruação (dismenorreia). Relativamente às relações sexuais, pode provocar dispareunia ou lacerações secundárias à penetração, principalmente devido ao estreitamento vulvar ou a presença de tecido cicatricial (DGS, 2012; Vicente, 2007).

De acordo com Vicente (2007) e as orientações da Direção Geral de Saúde (2012), no exame físico, as principais características que o profissional de saúde deve procurar são:

1. O prepúcio do clítoris, uretra, pequenos lábios e grandes lábios deve procurar identificar se estas estruturas estão presentes, se existem úlceras, áreas de fibrose, estenose e/ou distorção;
2. A incontínência urinária pode ser testada pedindo à mulher que execute a manobra de Valsalva (por ex: tossindo);

3. Aquando do toque vaginal devem procurar pontos dolorosos, áreas de estenose ou distorção. Na infibulação é importante verificar se existe obstrução do fluxo urinário;
4. Quando se verifica a existência de grande estenose do orifício vaginal, a observação deverá ter em atenção utilizar apenas um dedo no toque vaginal e espéculos de pequeno calibre. Nas situações de observação do colo do útero e da realização de colpocitologia pode ser difícil ou mesmo impossível.

A MGF não é apenas uma questão de lesão física ou anatómica. Esta prática enquadra-se num universo sociocultural e religioso próprio que modula a forma como a mulher vive, pensa, sente e é vista na sociedade e, sendo assim, deve ser feita uma abordagem individualizada e dirigida às necessidades e preocupações que a própria exprime (Frade, 2009; Campos, 2010). Uma intervenção adequada nestes casos necessita de uma prévia sensibilização e formação e de um protocolo de atuação (Piedade, 2008). Até 2012 eram utilizadas as adaptações dos protocolos de outras instituições nomeadamente da OMS pois outras orientações eram inexistente em Portugal. Atualmente as orientações da DGS (2012) emitidas em março dão resposta a esta situação. A DGS (2012:1)) refere, ainda, que a “intervenção na criança e jovem em risco de MGF deverá estar de acordo com o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens, da Direção-Geral da Saúde (...). Os profissionais de saúde devem envolver quando necessário na sua intervenção, os mediadores socioculturais e os líderes das comunidades, inclusive líderes religiosos”.

A nível educacional, o enfermeiro tem um papel importante na realização das seguintes medidas (Vicente, 2007): 1) Valorizar as tradições da comunidade de origem da mulher mas em simultâneo alertar para certas práticas nocivas para a sua integridade física; 2) Explicar que existem alguns problemas de saúde, por vezes desvalorizados, que decorrem da mutilação; 3) Informar em detalhe quais as consequências físicas e psicológicas que a MGF acarreta e, se possível, contar com o testemunho de outras mulheres mutiladas; 4) Promover um aumento da qualidade de vida da mulher, pois a recusa desta prática pode causar problemas sociais como a marginalização das mulheres pelo grupo de pertença; 5) Auxiliar na promoção de integração das mulheres que recusam a mutilação, nomeadamente na inserção de atividades laborais e aumento da escolaridade; 6) Conferir empoderamento (*empowerment*), explicar que as mulheres têm o direito de decidir acerca do seu corpo e da sua vida, não devendo estas decisões serem tomadas por outras pessoas.

As ações de enfermagem nas consultas de Planejamento Familiar também são importantes. Para mulheres que já estão grávidas, o acompanhamento deve ser feito durante o pré e o pós-parto, bem como durante a infância do bebê (Campos, 2010; DGS, 2012). Nas mulheres MGF tipo I e II sem complicações não são necessários cuidados específicos durante a gravidez. A grávida com MGF que apresente distorção vulvar ou obstrução vaginal deve ser encaminhada, ainda durante a gestação, para uma consulta obstétrica no hospital. De acordo com Vicente (2007) nas infibulações está aconselhada a “de-infibulação” antes do parto de preferência no 2.º trimestre de gravidez. Quando o diagnóstico só é feito no momento do parto, a realização da “de-infibulação” deverá ser quando a apresentação da posição fetal já está descida (no 2.º estágio do trabalho de parto).

Educação, Formação e Investigação

Como profissional de saúde que objetiva prestar cuidados de excelência, o enfermeiro não pode esquecer os seus deveres ou poder, enquanto agente de educação e de mudança comunitária. Desta forma, pode adotar na sua conduta, uma variedade de iniciativas contra esta prática, como por exemplo elaborar normas de atuação (manual de boas práticas) e distribuir nos vários serviços de saúde; reforçar as parcerias com as Instituições de Saúde no sentido de, em conjunto, através de respostas integradas, procederem ao encaminhamento das situações detetadas; e apoiarem o trabalho comunitário, nomeadamente no âmbito da educação e formação de adultos, que pode e deve ser realizada nas consultas de enfermagem (Frade, 2009).

De acordo com a autora anteriormente referida (2009), no I Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina, os profissionais de saúde devem participar através da implementação de algumas das atividades:

- *“Promover debates para discussão e organização de estratégias de trabalho, incluindo a promoção de espaços pedagógicos nas comunidades”;*
- *“Promover aconselhamento individual e apoio psicossocial”;*
- *“Criar grupos de autoajuda e redes de suporte social”;*
- *“Elaborar material IEC (Informação, Educação e Comunicação) ”;*
- *“Traduzir e publicar alguns documentos úteis”;*
- *“Promover o desenvolvimento, em todos os níveis de ensino, de trabalhos escolares e formativos sobre práticas tradicionais nocivas: MGF, no âmbito da*

Educação para a Saúde, Educação para a Cidadania e Educação para o Desenvolvimento”;

- *“Sensibilizar docentes do ensino universitário para a importância da inclusão nos currículos académicos dos cursos graduados de licenciatura e pós-graduados, nomeadamente de enfermagem, o tema das práticas tradicionais nocivas”;*
- *“Apoiar as associações de imigrantes no desenvolvimento de atividades que contribuam para a eliminação de práticas tradicionais nocivas”;*
- *“Fomentar a existência de campanhas que promovam os Direitos Sexuais e Reprodutivos no quadro dos Direitos Humanos”;*
- *“Fomentar a existência de debates e espaços de divulgação nos meios de comunicação social para reflexão sobre a realidade da MGF e sua relação com a saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, a educação, o desenvolvimento dos Direitos Humanos”;*
- *“Promover a criação de uma rede de trabalho que envolva estudantes de países onde a MGF existe, temporariamente residentes em Portugal”.*

Importa também fazer referência a um documento indispensável ao enfermeiro, enquanto educador da comunidade e formador de outros profissionais, sendo este o Manual "Mutilação Genital Feminina - Integração de Prevenção e do Tratamento nos currículos dos Profissionais de Saúde". Concebido pela OMS devido à necessidade transmitida pelos profissionais de saúde em obterem conhecimentos e habilitações na área referida. O presente manual apresenta como sua principal vantagem a componente de apoio à prática, esclarecendo e detalhando a organização dos cursos de formação e de educação para a comunidade. A sua estrutura está definida através de módulos determinados por tema, o que facilita a compreensão dos leitores. Para além disso, esta obra enquadra três dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio: Objetivo 3. Promover a igualdade do género e capacitar as mulheres; Objetivo 4. Reduzir a mortalidade infantil e Objetivo 5. Melhorar a saúde materna.

Conclusões Finais

A MGF é uma problemática que merece dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, uma atuação a nível da saúde comunitária. Torna-se então necessário, cada

vez mais, realizar ações de formação específicas para os profissionais. Estas ações de formação devem englobar os aspetos de reconhecimento de uma mulher mutilada, assim como, a conduta a tomar perante um caso de MGF. É ainda de referir, que se torna cada vez mais pertinente o aperfeiçoamento de conhecimentos sobre esta prática, através de estudos e de investigação.

Não é fácil mudar mentalidades e comportamentos enraizados mas algo tem que continuar a ser feito. Novas práticas e costumes mais equilibrados podem dar lugar a tradições mais saudáveis. Como se pode verificar, o profissional de saúde tem um papel fundamental na deteção e acompanhamento da mulher submetida à MGF, assim como no estabelecimento de uma relação de ajuda e comunicação terapêutica que façam com que a mesma exponha os seus sentimentos, dúvidas e queixas sobre esta prática. O enfermeiro tem um papel ativo na educação para a saúde na comunidade sensibilizando-a para as consequências físicas e psicológicas graves desta prática e deve fazer uso dos seus conhecimentos. Cada vez mais há necessidade de participar ativamente na prevenção e promoção da saúde da comunidade e este assunto é de primordial importância para ficar confinados aos serviços de saúde onde se desempenham funções. A MGF exige uma intervenção comunitária intensa onde se incentivem mudanças de atitude face à sexualidade e ao papel da mulher na sociedade. E gerando soluções alternativas para obtermos uma sociedade mais justa e sem desigualdade de género.

Referências:

- Associação para o Planeamento da Família [APF], (2004). *Mutilação Genital Feminina*. Alfaprint, Lda: Lisboa. ISBN:972-8291-18-3.
- Associação para o Planeamento da Família [APF]. (2009a). *Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos Currículos de Profissionais de Saúde (Manual de Formação)*. Alfaprint, Lda: Lisboa. ISBN: 978-972-8291-38-9
- Associação para o Planeamento da Família [APF], (2009b). - *Mutilação Genital Feminina: Direitos Humanos de Mulheres e Crianças*, <http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/folhas%20de%20dados/MGF2009.pdf> (acedido em 5 de Julho de 2014)
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários [APECSP], (2009). VIII ENCONTRO ANUAL DA APECSP: *Saúde da Mulher e da Criança*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pólo Artur Ravara,

- Bento, A., Martins, L., Machado, R. & Sousa, P. (2011). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Oeiras.
- Branco, S. (2006). *Cicatrices de Mulher*. Público: Porto. ISBN: 989-619-052-6.
- Campos, A. (2010). *Mutilação genital feminina. A importância de reconhecer e de saber como agir*. Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa. 10; 4(3): 152-156.
- DGS. (2012). Orientações da Direção Geral da Saúde na Mutilação genital feminina. Orientação n° 005/2012 de 06/02/2012, atualização de 22/03/2012. Ministério da Saúde. <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/mutilacao-genital/orientacao-n-0052012-de-06022012.aspx> (acedido em 29 de Julho de 2014).
- Fonseca, F., Lucas, M. (2009). *Sexualidade, saúde e contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. ISSN: 25:65-72. 32-32-1-PB.
- Frade, A. (2009). *Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina*. Alfaprint, Lda: Lisboa, ISBN - 978-972-8291-26-6.
- Hogemann, E. (s.d). *Direitos Humanos: sobre a Universalidade rumo a um Direito internacional dos direitos humanos*. ISSN: 15673-15674-1-PB.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2009). Eliminação da Mutilação Genital Feminina: declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Lisboa: APF (edição em português) - publicada com o apoio do IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. ISBN: 978-972-8291-25-9.
- Piacentini, D. (2007). *Direitos Humanos e Interculturalismo: análise da Prática cultural da mutilação genital feminina*. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis. ISSN: 22441-22443-1-PB
- Piedade, S. (2008). *Mutilação Genital Feminina em Portugal*. Instituto Superior de ciências do Trabalho e da Empresa: <http://www.amnistia-internacional.pt/dmdocuments/EstudoMutilacaoGenFeminina.pdf> (acedido em 29 de Julho de 2014).
- Rosa, R. (2011). Feminização do Magistério: Representações e Espaço Docente, Revista Pandora Brasil. Cultura e materialidade escolar, ed. Especial (4).
- Vicente, L (2007). *Intervenção de profissionais de saúde em mulheres sujeitas a mutilação genital feminina (MGF)/corte dos genitais femininos (CGF). Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família