

**Atas do III Seminário Internacional
do Programa Académico Multissetorial
para o Combate e Prevenção do
Corte / Mutilação Genital Feminina
(MAP-FGM)**

Atas do III Seminário Internacional
do Programa Académico Multissetorial
para o Combate e Prevenção do
Corte / Mutilação Genital Feminina
(MAP-FGM)

JUST/2014/RDAP/AG/HARM/7937

CORTE/MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA: RESPOSTAS INSTITUCIONAIS INTEGRADAS

Lisboa, 28 e 29 de setembro de 2017

Organizado por:

Clara Carvalho
Ricardo Falcão
Marta Patrício

**CORTE/MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA:
RESPOSTAS INSTITUCIONAIS INTEGRADAS**

Atas do III Seminário Internacional do Programa Académico Multissetorial para o Combate e Prevenção do Corte / Mutilação Genital Feminina (MAP-FGM)

Publicação financiada pelo Programa Europeu de Direitos, Igualdade e Cidadania 2014-2020, projeto JUST/2014/RDAP/AG/HARM/7937. Os conteúdos são da exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser considerados como refletindo as opiniões da Comissão Europeia. Esta obra faz parte do Programa Académico Multissetorial para o Combate e Prevenção da Mutilação Genital Feminina (MAP-FGM).

This publication has been produced with the financial support of the Rights, Equality and Citizenship Programme 2014-2020 of the European Union, project JUST/2014/RDAP/AG/HARM/7937. The contents of this publication are the sole responsibility of its authors and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission. It is part of the Multisectoral Academic Programme to prevent and combat Female Genital Mutilation (MAP-FGM/C).

Organizadores

Clara Carvalho, Ricardo Falcão e Marta Patrício

Capa

© Inês Marques Ribeiro

Paginação

Ku Si Mon Editora

ISBN 978-989-8905-01-7

© 2018 Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa
CEI-IUL (ISCTE-IUL), Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal

Índice

<i>Biografias</i>	7
<i>Introdução</i>	13
Clara Carvalho, Ricardo Falcão & Marta Patrício	
Declaração de Abertura	
1. <i>Intervenção da Secretária de Estado para a Cidadania e Igualdade</i>	17
Catarina Marcelino	
I PARTE: Respostas Institucionais ao C/MGF na África Ocidental	
2. <i>Mutilações genitais femininas: Os limites das respostas institucionais e questões socioculturais</i>	23
Fatou Sow Sarr	
3. <i>Inquéritos sobre conhecimento, atitudes e práticas de MGF na Gâmbia</i>	35
Adriana Kaplan Marcúsan	
4. <i>A contra-argumentação cultural como estratégia de luta contra a prática das mutilações genitais femininas. O caso da sociedade haalpulaar na Mauritània</i>	41
Abdoulaye Doro Sow	
5. <i>C/MGF como violação dos direitos humanos: Implementação de tratados de direitos humanos no Senegal</i>	67
Annemarie Middelburg	
6. <i>Estratégias e ações de promoção do abandono da excisão e as determinantes socioantropológicas da excisão na Guiné-Conacri</i>	79
Alpha Amadou Bano Barry	
7. <i>Mutilação genital feminina, uma questão de direitos humanos das mulheres na Guiné-Bissau</i>	97
Fatumata Djau Baldé	
8. <i>Tratar e cuidar de meninas e mulheres com MGF. Respostas da Serra Leoa</i>	107
Owolabi Bjälkander	

II PARTE: Respostas Institucionais em Portugal e na Europa

9. *Promoção de comportamentos de mudança na erradicação da mutilação genital feminina* 127
Filomena Djassi
10. *Vozes e lideranças pelo fim da MGF* 135
Carla Martingo
11. *Tratar e cuidar de meninas e mulheres com MGF. Respostas do Reino Unido* 143
Comfort Momoh
12. *Abordagens reparativas nos cuidados de saúde: Das narrativas femininas à justiça restaurativa no C/MGF* 151
Michela Villani

Biografias

Autores/as:

Catarina Marcelino – Secretária de Estado para a Igualdade de Género (2015-2017). Licenciada em Antropologia pelo ISCTE-IUL, com Pós-Graduação em Género, Poder e Violência pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Deputada à Assembleia da República (2009-2011, 2013-2015), integrou na última legislatura a Comissão de Trabalho e Segurança Social, a Comissão de Direitos, Liberdades e Garantias e a Comissão de Orçamento, Finanças e Modernização Administrativa. Exerceu funções na Direção de Economia e Inovação da Câmara Municipal de Lisboa entre 2011 e 2013. De 2005 a 2009 foi Adjunta do Secretário de Estado da Segurança Social. De fevereiro a outubro de 2009 foi Presidente da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE).

Fatou Sarr Sow – Professora no IFAN (Institut Fondamentale de l’Afrique Noire), um instituto de pesquisa da UCAD (Université Cheikh Anta Diop) em Dacar, onde dirige o Laboratoire Genre et Recherche Scientifique, criado em 2004. Ocupou posições de docência na Bélgica e em Dacar antes de integrar a UCAD em 1999. É Doutora em Antropologia e Sociologia da Política pela Universidade de Paris VIII e Doutora em Trabalho Social e Políticas Sociais pela Universidade de Laval. Há mais de duas décadas que se concentra nas questões de género, observando os múltiplos desafios enfrentados pelas mulheres africanas e pesquisando e desenvolvendo iniciativas que promovam uma representação positiva das mulheres.

Adriana Kaplan Marcúsan – Antropóloga médica, professora do Departamento de Antropologia Social e Cultural da UAB, Coordenadora da Fundação Wassu, Diretora da disciplina de Transferência de Conhecimento e Investigadora Principal do Observatório Transnacional de Pesquisa Aplicada para a Transferência de Conhecimento para o Cuidado e Prevenção da MGF. Realizou pesquisas

etnográficas na Gâmbia, no Senegal e na Guiné-Bissau sobre movimentos migratórios e C/MGF. Foi colaboradora de investigação no Conselho de Pesquisa Médica da Gâmbia, assessora do Women's Bureau e consultora de diversas agências internacionais (FNUAP, PNUD, UNICEF, UE). É membro do Comité de Especialistas em C/MGF na OMS, EIGE e WISE Women's Shura Council. Em Espanha colabora e avalia instituições para planear e implementar programas de sensibilização e prevenção do C/MGF a nível local, regional e nacional.

Abdoulaye Doro Sow – Professor e investigador de Ciências Sociais na Universidade de Nouakchott, Mauritânia. Estudou na Universidade Cheikh Anta Diop em Dacar. É Presidente do Comité Científico da Equipa de Investigação sobre as Mutilações Genitais Femininas (ERMGF) e Coordenador do Centro Interdisciplinar para os Direitos Culturais (CDIC). Conduziu investigação sobre os principais argumentos culturais que justificam a prática da MGF com o objetivo de os desconstruir através da teoria da contra-argumentação cultural e tem sido promotor do envolvimento dos homens no combate à MGF.

Annemarie Middelburg – Doutorada pelo International Victimology Institute Tilburg (INTERVICT) na Universidade de Tilburg, Países Baixos. Consultora independente na área dos direitos das mulheres, com uma especialização sobre o C/MGF. Mestre em Direito Público Internacional e Direitos Humanos, defendeu com sucesso a sua tese de doutoramento com o título "Empty Promises? Compliance with the Human Rights Framework in relation to Female Genital Mutilation/Cutting in Senegal" em março de 2016. Em 2015, fundou a sua própria empresa, a Middelburg Human Rights Law Consultancy. Fez trabalhos para o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), para a Save the Children International, Universidade de Amsterdão, END FGM European Network, Amnistia Internacional e várias ONGs nos Países Baixos e na Europa.

Alpha Amadou Bano Barry – Professor na Universidade de Sonfonia e Diretor Científico no Laboratório de Análise Socioantropológica. É detentor de um diploma de Estudos Superiores em Sociologia pela Universidade de Conacri (1987), um mestrado pela Universidade de Ottawa (1991) e um doutoramento pela Universidade de Montreal (1998). É também Diretor do Observatório da Vida Estudantil e Inserção Socioprofissional, Vice-Reitor para a educação e Vice-Reitor para a investigação da Universidade de Sonfonia. Desde 2016 é membro da Comissão Nacional para a Reflexão sobre a Educação na Presidência da República. É autor de cerca de cinquenta investigações que vão das violências coletivas de base étnica e religiosa, à questão da mutilação genital feminina. É Presidente da Associação de Antropólogos Sociais da Guiné e professor convidado da Universidade Mandé Bukari (UMB) de Bamako e da ULB no Instituto de Sociologia.

Fatumata Djau Baldé – Presidente do Comité Nacional para o Abandono de Práticas Tradicionais Nefastas à Saúde da Mulher e da Criança, na Guiné-Bissau. É uma ativista defensora dos direitos humanos e luta pela erradicação da prática da mutilação genital feminina e do casamento infantil. Foi Ministra do Turismo, Ministra da Solidariedade Social e Ministra dos Negócios Estrangeiros, entre 2000 e 2003.

Owolabi Bjälkander – Professora de Saúde Sexual e Reprodutiva centrada na mutilação genital feminina. Recebeu o seu doutoramento do Karolinska Institutet em Estocolmo, Suécia, onde está também filiada e é membro do grupo de investigação sobre Saúde Global, VIH, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, parte da Divisão de Saúde Global. A sua pesquisa na Serra Leoa reforça o conhecimento sobre os tipos de C/MGF praticados, os decisores, a extensão da medicalização e as complicações de curto prazo da prática. Foi responsável pelo desenvolvimento da primeira estratégia nacional para a redução da MGF e é ainda professora da Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde Aliadas (COMAHS) da Universidade da Serra Leoa. Trabalhou também como conselheira no Conselho Nacional Sueco da Saúde e Estado Social para a Implementação do Plano Nacional de Ação contra a MGF. Foi também consultora técnica no projeto Daphne para o desenvolvimento de Planos de Ação Nacionais em 15 países europeus. Trabalhou como consultora na Organização Mundial de Saúde (OMS) no Sudão para desenvolver uma estratégia de investigação nacional sobre a MGF e é atualmente membro do grupo de conselheiros da OMS para a investigação da MGF.

Filomena Djassi – Licenciada em Serviço Social, atualmente é estudante de doutoramento e trabalha na Fundação Aga Khan. Fundou o Movimento Musqueba na Guiné-Bissau e continuou o trabalho desta associação em Portugal através de campanhas de intervenção, formação e ações de sensibilização. Trabalhou na área de formação de migrantes, em particular em relação à prevenção de práticas nefastas.

Carla Martingo – Membro da ONG P&D Factor. Licenciada em História e com Mestrado em Relações Interculturais, trabalha nas áreas da diversidade e interculturalidade em contexto laboral e escolar e sobre a mediação intercultural. É perita e formadora em violência de género, nomeadamente nas temáticas da mutilação genital feminina e casamentos infantis/precoces e combinados. É também autora e coautora de diversas publicações e artigos sobre estes temas e colabora com o Grupo de Investigação “Estudos sobre as Mulheres” do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais da Universidade Aberta (CEMRI/UAB).

Comfort Momoh – Enfermeira-parteira no Reino Unido e especializada no estudo e tratamento da mutilação genital feminina. Originária da Nigéria, é es-

pecialista em MGF e saúde pública do Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust em Londres, onde, em 1997, criou a African Well Women's Clinic, dedicada a cuidar de mulheres afetadas pela MGF. Pertence ao grupo clínico nacional britânico da MGF, criado em 2007 para capacitar profissionais de saúde a lidar com esta prática. Em 2016 tornou-se Fellow do Royal College of Midwives. Recebe um BME por parte da Rainha de Inglaterra em 2008 e um Doutoramento *Honoris Causa* no mesmo ano na Middlesex University em Londres. É professora convidada na Universidade de Middlesex, na London School of Hygiene and Tropical Medicine e no King's College London.

Michela Villani – Doutorada pela EHESS-Paris e especialista em Sociologia das Migrações, Estudos de Género e Sexualidade. A sua pesquisa foca-se nas desigualdades na saúde, que analisa através de uma abordagem interseccional e das vulnerabilidades. Na sua investigação de doutoramento (2006-2012) estudou os percursos de mulheres com MGF provenientes da África subsariana que pretendiam realizar uma cirurgia de reconstrução clitoriana em França. Numa anterior pesquisa levada a cabo na Suíça (FEMIS, FNS / 2012-2014) analisou a questão da gestão do segredo com uma população de migrantes de origem subsariana e VIH positiva. Especializada em métodos de investigação em meio hospitalar, Michela Villani é também membro da equipa ETHOPOL (ANR) desde 2015, através da qual realizou uma pesquisa na Itália com casais confrontados com o fracasso da procriação medicamente assistida.

Organizadores/as:

Clara Carvalho – Professora do Departamento de Antropologia do ISCTE-IUL (Lisboa) e Presidente do AEGIS (Associação Europeia de Estudos Africanos). Foi Diretora do Centro de Estudos Internacionais (antigo Centro de Estudos Africanos) do ISCTE-IUL entre 2007 e 2016. Foi professora convidada na Universidade de Lille (2002-2003) e na Universidade de Brown (2004). Desenvolveu trabalho de campo intensivo na África Ocidental, essencialmente sobre autoridades tradicionais e poder local na Guiné-Bissau entre 1992 e 1997. Atualmente desenvolve a sua pesquisa sobre questões de género e saúde global. Tem experiência enquanto avaliadora e consultora internacional.

Ricardo Falcão – Investigador do Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (CEI-IUL). Obteve o Doutoramento em Estudos Africanos pelo ISCTE-IUL em 2016 com uma investigação realizada no Senegal. A sua formação é em Antropologia Social e Cultural (licenciado em 2005). Trabalhou como voluntário na ONG senegalesa ASREAD e, desde 2007, trabalha sobre o Senegal. Em 2008/2009 realizou um documentário de pesquisa independente intitulado *Waaló Waaló* sobre a dinâmica sociogeográfica rural em torno do aces-

so à água no norte do Senegal, onde também esteve entre 2011 e 2013 a realizar trabalho de campo para o seu doutoramento. A sua pesquisa foca-se no desenvolvimento, gestão de recursos, acesso à terra, história social, migração, TICs, juventude, género, relações intergeracionais, valores e representações sociais e violência de género, violência contra mulheres, mutilação genital feminina e direitos humanos. É gestor deste projeto MAP-FGM no CEI-IUL e iniciou uma pesquisa de pós-doutoramento sobre direitos sexuais e reprodutivos na África Ocidental.

Marta Patrício – Bolseira Pós-Doc neste projeto MAP-FGM no CEI-IUL desde setembro de 2016. Entre 2010 e 2012, após a conclusão do Mestrado em Estudos Africanos, foi bolseira de investigação no Centro de Estudos Africanos do ISCTE-IUL no projeto “Identidades e Fronteiras em África” (PTDC/AFR/098339/2008). Membro da rede ABORNE (African Borderlands Research Network), entre abril e junho de 2012 foi Exchange Visiting Student no Centre of African Studies da Universidade de Edimburgo. Entre 2012 e 2016 foi bolseira de Doutoramento FCT em Estudos Africanos (SFRH/BD/78206/2011) no Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (CEI-IUL). A sua investigação centra-se nos processos de construção do Estado e nas relações Estado-Sociedade na África subsariana no período pós-colonial, nomeadamente em Moçambique. A sua tese de doutoramento aborda as dinâmicas do pluralismo jurídico no distrito moçambicano de Mossurize.

Introdução

Este livro reúne algumas das contribuições apresentadas na 3ª Conferência Internacional do Projeto “Programa Académico Multissetorial para Prevenir e Combater a Mutilação Genital Feminina”, intitulado “Respostas Institucionais Integradas ao C/FGM”. Esta Conferência foi realizada nos dias 28 e 29 de setembro de 2017, no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) em Lisboa. A Conferência foi organizada pelo Centro de Estudos Internacionais (CEI-IUL), uma das unidades de investigação do ISCTE-IUL, parceiro do Consórcio Internacional MAP-FGM liderado pela Universidad Rey Juan Carlos I. A organização foi coordenada pela Professora Clara Carvalho e liderada pelo gestor do projeto e investigador Ricardo Falcão, juntamente com a investigadora Marta Patrício. Foi a terceira das quatro conferências internacionais sobre o tema do C/MGF no âmbito deste projeto.

Tal como nas duas edições anteriores das Conferências Internacionais MAP-FGM, esta terceira conferência representou uma oportunidade de reunir especialistas, investigadores/as e demais pessoas interessadas, das mais diversas proveniências. Professores/as, ativistas, investigadores/as e uma grande audiência académica estiveram presentes nesta Conferência, vindos de países como Guiné-Bissau, Senegal, Mauritânia e Guiné-Conacri, em África, mas também do Reino Unido-Nigéria, Suécia-Serra Leoa, Suíça, Países Baixos, Portugal, Espanha, Itália, Bélgica e Irlanda, reunindo, assim, contribuições muito diversas que dialogaram entre si.

A Conferência foi organizada em duas áreas principais, que se dividiram por cada um dos dias. O primeiro dia centrou-se no conhecimento e na situação na África Ocidental, e o segundo dia na Europa, em particular em Portugal. Esta organização tentou criar um equilíbrio entre as contribuições sobre o conhecimento do que acontece na Guiné-Bissau, o país ligado à maioria dos casos de

C/MGF registados em Portugal, e as contribuições sobre a situação em Portugal e na Europa.

O primeiro dia, destinado à análise da situação do C/MGF nos países da África Ocidental, foi aberto pela Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade, Catarina Marcelino (Capítulo 1), a qual, desde há muito tempo, tem sido ela própria ativista da causa da erradicação do C/MGF, tendo desempenhado um importante papel na resposta institucional portuguesa a esta prática cultural. Seguiu-se o *keynote speech* de Fatou Sarr (Capítulo 2), apresentando-nos uma visão geral da situação no Senegal, um país onde a luta contra o C/MGF existe há mais de vinte anos mas os desafios permanecem. O primeiro painel procurou levar a cabo discussões sobre diferentes abordagens de intervenção e Máire Ní Mhórdha apresentou as suas observações etnográficas críticas acerca de uma organização não governamental que opera nesta região (embora a sua contribuição não esteja disponível neste volume), seguida por Adriana Kaplan (Capítulo 3), que explicou detalhadamente um modelo bem-sucedido de transferência de conhecimento na Gâmbia, e por Abdoulaye Doro Sow (Capítulo 4), que apresentou a sua contra-argumentação cultural aplicada às populações haalpulaar na Mauritânia. Posteriormente, num segundo painel, os/as oradores/as foram convidados/as a refletir sobre uma visão mais geral de como os países ratificam e implementam Convenções e Tratados. Annemarie Middelburg (Capítulo 5) apresentou as suas conclusões acerca da implementação de tratados internacionais num país da África Ocidental. Alpha Amadou Bano Barry (Capítulo 6) clarificou a situação de um país sobre o qual não existe uma abundante literatura, a Guiné-Conacri, apesar do facto paradoxal de este ter sido o primeiro país a criminalizar o C/FGM e de se encontrar entre os países com maior taxa de prevalência. Este segundo painel terminou com a contribuição sempre interessante e informada de Fatumata Djau Baldé (Capítulo 7), que é uma das maiores especialistas sobre esta questão na Guiné-Bissau e também uma reconhecida ativista dos direitos das mulheres.

O segundo dia centrou-se nas contribuições sobre a situação na Europa, diferentes estratégias e respostas institucionais. As contribuições foram divididas por dois painéis que focaram a promoção da igualdade de género e numa abordagem do ponto de vista da saúde. No primeiro painel, Filomena Djassi, estudante de doutoramento e colaboradora de longa data na Fundação Agha Khan, apresentou a sua experiência em projetos que tentam combater o C/MGF na Europa (Capítulo 9). Foi seguida por Alexandra Alves Luís (a sua contribuição não consta neste volume), que apresentou uma visão direta do terreno onde tem desenvolvido o seu trabalho com jovens na área da expressão cultural. Também neste painel, Carla Martingo (Capítulo 10), da organização não governamental P&D Factor, que tra-

balha na promoção da igualdade de género e que está particularmente focada no C/MGF, apresentou um dos recentes projetos desta ONG, denominado Senhoras de Si, e desenvolvido em parceria com um município local.

O segundo painel do último dia começou com a contribuição da especialista em C/FGM Comfort Momoh (Capítulo 11), que apresentou o desenvolvimento de uma resposta institucional no Reino Unido. Foi seguida pela comunicação de Owolabi Bjälkander acerca da criação de um Plano Nacional de Ação para o C/MGF na Serra Leoa (Capítulo 8). O painel foi concluído com o contributo de Michela Villani sobre as respostas dadas perante as necessidades de reconstrução clitoriana de mulheres com C/MGF na Suíça (Capítulo 12).

A Conferência fechou com uma Mesa-Redonda onde participaram a representante da Direção Geral de Saúde (DGS), Elsa Mota, e a Presidente da Comissão para Igualdade de Género (CIG), Teresa Fragoso.

Existem muitas pessoas a quem gostaríamos de expressar o nosso reconhecimento tanto pela sua participação nesta Conferência, como pela sua disponibilidade, apoio e empenho. Em primeiro lugar, relembramos o papel essencial desempenhado pelas consultoras do projeto, Carla Moleiro e Cristina Santinho. Enviamos um agradecimento especial a Inês Leitão, jornalista, que gentilmente aceitou mostrar seu filme *Este é o Meu Corpo*, o qual documenta testemunhos de mulheres africanas que vivem em Portugal com a realidade do C/MGF. Agradecemos às moderadoras dos nossos painéis, que desempenharam esta tarefa com muito profissionalismo e procuraram elevar o debate através das suas próprias contribuições: Alice Frade, Els Leye, Annemarie Middelburg e Michela Fusaschi. Também estamos gratos/as à Professora Laura Nuño (Observatorio Igualdad de Género da URJC), ao Professor Luís Nuno Rodrigues (Diretor do CEI-IUL) e ao Professor Fernando Luís Machado (Vice-Reitor do ISCTE-IUL e em representação do Reitor Luís Reto), pelas suas amáveis palavras na abertura desta Conferência.

Gostaríamos também de expressar a nossa gratidão ao Hugo Marçal e aos restantes colegas dos Serviços de Infraestrutura Informática e de Comunicações do ISCTE-IUL, pelo seu trabalho de edição e divulgação dos vídeos da Conferência; a todos os voluntários/as – Ana Amorim, Andrea Rubini, Marta Cardoso, Rita Lopes e Sara Portugal; também às nossas colegas do CEI-IUL – Raquel Silva, pelo trabalho administrativo, Inês Marques Ribeiro, pela sua ajuda nos layouts e imagens para a comunicação do evento, e Noémia Pizarro, sem esquecer também os que nos auxiliaram desde os primeiros momentos, nomeadamente o João Dias, pela sua ajuda na criação do site da Conferência.

Por último, agradecemos reconhecidamente o apoio financeiro da DG-JUST da Comissão Europeia a este projeto, sem o qual não seria possível a realização

desta Conferência, bem como o apoio técnico e logístico do ISCTE-IUL para o sucesso da organização deste evento.

Clara Carvalho
Coordenadora do Projeto
Departamento de Antropologia
ISCTE-IUL
CEI-IUL

Ricardo Falcão
Gestor do Projeto
Investigador
CEI-IUL

Marta Patrício
Investigadora
CEI-IUL

Declaração de Abertura

1.

Intervenção da Secretária de Estado para a Cidadania e Igualdade

Catarina Marcelino

Gostaria de começar por agradecer o convite para participar neste Seminário e cumprimentar o ISCTE-IUL e o Centro de Estudos Internacionais por fazerem parte deste estudo e pela organização deste evento.

Esta iniciativa é atualmente fundamental para demonstrar o que precisa de ser feito e o que pode ser feito para construir conhecimento, para potenciar a ação, para produzir mudança. É um grande privilégio estar aqui hoje com este grupo de especialistas.

A MGF é uma violação dramática dos direitos humanos, uma forma dramática de discriminação sexual. Não podemos, não devemos permitir a sua continuação. Esta prática retira às mulheres e raparigas a sua dignidade, os seus direitos, o seu futuro.

Em 2015 estimava-se que 49% do total de mulheres com mais de 15 anos e originárias de países praticantes a residir em Portugal possam ter sido submetidas a MGF.

De acordo com a UNICEF, e a um nível global, pelo menos 200 milhões de raparigas e mulheres sofreram MGF em trinta países, muitas das quais antes de atingirem os cinco anos de idade. Este número irá aumentar significativamente em 2030 se as tendências atuais permanecerem.

A natureza global desta realidade deve unir-nos no nosso compromisso. A responsabilidade recai sobre todos nós para nos unirmos e garantirmos que a ação é efetiva.

Tenho orgulho em poder afirmar que, em Portugal, este compromisso tem sido comum a diferentes governos. Temos sido firmes nos nossos esforços ao longo do tempo. Eliminar a MGF é e tem sido uma prioridade chave nas nossas políticas públicas.

O nosso primeiro programa de ação para erradicar a MGF remonta a 2007 e conduziu a sua terceira, e presente, edição, que está atualmente em vigor.

A implementação deste programa é coordenada pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), com o apoio de um grupo de trabalho

que envolve vários organismos públicos e ONGs, incluindo os que representam migrantes de comunidades afetadas pela prática.

O governo português assume como características da sua estratégia o trabalho com a sociedade civil, a proximidade e a articulação.

Por outro lado, e em linha com a Convenção de Istambul, a MGF foi recentemente introduzida no nosso Código Penal como um crime autónomo, punindo os que a praticam dentro e fora do nosso território.

Outras mudanças legais relevantes incluem o reconhecimento das vítimas de MGF como requerentes de asilo e garante-lhes a isenção do pagamento dos custos processuais.

O setor da saúde tem sido também uma prioridade. Criámos cursos de pós-graduação em MGF direcionados a profissionais de saúde, que mais tarde se tornam, eles próprios, agentes multiplicadores no exercício da sua prática diária mas também junto de comunidades praticantes.

Foi igualmente criado um guia para profissionais de saúde, que clarifica que procedimentos devem ser seguidos para identificar casos de MGF e que tipo de ações médicas/criminais devem ser respeitadas.

De acordo com este guia, todos os casos detetados devem ser registados numa base de dados de saúde através da referência à idade da vítima, data do registo, tipo de mutilação e país onde a MGF foi realizada, entre outros. No último ano foram registados 80 casos.

Foram também produzidos guias direcionados aos procedimentos das forças policiais e às comissões de proteção de crianças e jovens. A disseminação destes guias é promovida através de ações de formação.

Estes três grupos de profissionais (nas áreas da saúde, polícia e proteção de crianças e jovens) são agentes que estão na linha da frente para a identificação e prevenção da MGF; deste modo, é necessário definir requisitos para procedimentos concretos e específicos na sua intervenção.

Juntando a tudo isto, o governo português está fortemente comprometido em promover a sensibilização e a alargar o sentido de compromisso.

Neste âmbito importa referir o documentário *Este é o Meu Corpo*¹, escrito por Inês Leitão e realizado por Daniela Leitão, que teve o apoio do governo português e de duas câmaras municipais portuguesas. Foi lançado por altura do Dia Internacional da Tolerância Zero contra a MGF e tornou-se uma ferramenta fundamental de informação e sensibilização sobre a MGF, evidenciando como esta prática diz diretamente respeito a Portugal e aos seus cidadãos.

Por outro lado, em 2016 iniciámos uma nova forma de campanha que ocorre nos aeroportos nacionais, durante as férias escolares da Páscoa e de verão, quan-

¹ Exibido no fim do primeiro dia do Seminário (28 de setembro de 2017)..

do as famílias viajam aos seus países de origem. Distribui-se material de divulgação junto às portas de embarque dos voos para países de risco e, à chegada, realiza-se um questionário.

Esta campanha foi levada também até ao aeroporto de Bissau pelo nosso parceiro – o Comité Nacional para o Abandono de Práticas Tradicionais Nefastas à Saúde de Mulheres e Crianças da Guiné-Bissau – representado aqui hoje pela sua presidente, Fatumata Djau Baldé.

Não é possível produzir mudanças efetivas sem envolver as próprias comunidades, pelo que este trabalho deve ser feito juntamente com os líderes religiosos e com as ONGs.

Portugal partilha este compromisso a uma escala global – em março de 2017 o governo português participou na sexagésima primeira sessão da Comissão para o Estatuto das Mulheres das Nações Unidas, em Nova Iorque.

Neste âmbito, Portugal organizou um evento paralelo juntamente com o Burkina Faso, Itália, Guiné, Gâmbia, Comissão Europeia, Reino Unido e Noruega, e com o apoio do FNUAP e da UNICEF.

O objetivo era o de construir uma ação concertada para eliminar esta violação dramática de direitos humanos e o seu lema foi “Vamos ser a geração que elimina a MGF de uma vez por todas”.

É crucial que este lema se transforme em realidade.

Precisamos de trabalhar juntos, partilhando práticas e conhecimentos, e investindo na melhoria contínua de políticas e intervenções. Este Seminário é um passo fundamental nessa direção.

O governo português irá continuar firmemente neste empreendimento, pois apesar dos nossos esforços há ainda um longo caminho pela frente.

Uma vez que o atual programa de ação para a prevenção e eliminação da MGF termina em 2017, encontramos-nos agora a definir o próximo período de planeamento estratégico. Neste âmbito, eliminar a MGF continua a ser uma área de intervenção prioritária, enquadrada pela Convenção de Istambul.

O vosso contributo é fundamental para construir políticas públicas melhor sustentadas e para tornar esta prioridade numa mudança efetiva.

Obrigada pelo vosso compromisso, votos de sucesso para o Seminário e que as discussões destes dois dias sejam frutíferas.

I Parte
Respostas Institucionais ao C/MGF
na África Ocidental

2.

**Mutilações Genitais Femininas:
Os Limites das Respostas Institucionais
e Questões Socioculturais**

Fatou Sow Sarr

Institut Fondamentale d'Afrique Noire

Universidade Cheikh Anta Diop

Dacar, Senegal

A luta contra a excisão começou na década de 1970 pelo Ministério encarregado da promoção do estatuto das mulheres, em colaboração com ONGs e associações de mulheres. Esta luta significou que as posições políticas assentaram na necessidade de mudança do estatuto das mulheres na sociedade senegalesa. Foram tomadas medidas jurídicas e foram implementadas estratégias, embora as diferentes avaliações mostrem uma diminuição bastante lenta do fenómeno. Isto abre um espaço para o questionamento acerca da eficiência das políticas públicas e dos vários programas executados pelo Estado e apoiados por organizações internacionais. A este ritmo, e tendo em conta os resultados revelados através dessas avaliações, realizadas após a implementação de políticas e programas de combate à excisão, teremos que esperar 50 anos para que este fenómeno termine. Este artigo procura analisar as respostas institucionais e os limites observados em questões socioculturais, com o objetivo de identificar os meios e estratégias para erradicar este fenómeno.

Elementos da história

Os resultados da Agência Nacional de Estatística e Demografia (ANSD) revelam que 23% das mulheres entre os 15 e os 49 anos declararam ter sido excisadas. Mais de metade desses casos sofreram um corte simples (*entaille*) sem remoção de tecido (54%). Em cerca de 12% houve remoção de tecido e 7% sofreram o fechamento da vagina.

A prevalência varia de forma importante conforme a religião, a etnia e o local de residência. A proporção de mulheres excisadas continua a ser maior nas áreas rurais do que nas áreas urbanas (27% contra 19%), assim como nas comunidades muçulmanas mais do que nas cristãs (23% contra 12%). Além disso, os dados indicam que a prática de excisão é especialmente comum no sul (78%) e, em menor medida, no norte (28%), concentrando, respetivamente, os grupos étnicos Mandinga (65%), Soninquê (59%), Djola (55%) e Fula (52%), nos quais esta prática está enraizada nas normas sociais. Na região de Dacar a prevalência é de 20,1%.

Diminuição da idade das excisões

Observamos uma diminuição na idade de excisão nas gerações mais jovens em relação às gerações mais velhas, sendo que a proporção de mulheres excisadas antes dos 5 anos passou de 65% em mulheres entre 45 e 49 anos para 77% naquelas com idades entre 15 e 19 anos de idade. Em quase três casos em cada quatro (72%), a excisão ocorreu antes dos 5 anos. Por outro lado, em 13% dos casos, a excisão ocorreu entre os 5-9 anos e em 8% das mulheres foi mais tarde, com 10 anos ou mais.

Envolvimento do Estado

No Senegal, o movimento para o abandono da MGF começou na década de 1970, quando os líderes políticos, a comunidade internacional, instituições nacionais e locais, e os governos de vários países doadores se opuseram abertamente a essas práticas e declararam que a situação das mulheres deveria ser melhorada. Desde então, o Senegal não parou de aperfeiçoar o seu enquadramento legal e de tomar medidas a favor da erradicação da excisão.

Enquadramento legal para o abandono da E/MGF

Estas são as Convenções internacionais nas quais a proibição de mutilações genitais femininas são mencionadas e que foram assinadas e ratificadas pelo Senegal:

- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) de 1979.
- Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC) de 1989.
- Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 27 de junho de 1981, e o seu Protocolo de Maputo.
- O Senegal também é signatário do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos relativo aos Direitos das Mulheres, adotado em 2003 em Maputo, no qual o Artigo 5 proclama a eliminação de práticas tradicionais nefastas, nomeadamente a E/MGF.

A Constituição de 2001 reafirma a sua adesão a todas estas Convenções, mencionando-as no seu Preâmbulo e, no seu artigo 7, podemos ler: “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade, à segurança, ao livre desenvolvimento da sua personalidade, à sua integridade corporal, a saber, a proteção contra todas as mutilações físicas”.

Medidas tomadas pelo Estado

A 20 de novembro de 1997, o Presidente da República do Senegal expressou abertamente a sua posição contra a excisão por ocasião da reunião da Federa-

ção Internacional de Direitos Humanos, realizada em Dacar. No mês de abril do mesmo ano adotou-se o primeiro Plano de Ação Regional para a aceleração do abandono das mutilações genitais femininas.

Sob iniciativa do grupo de feministas parlamentares, constituído por organizações de mulheres, a Assembleia Nacional do Senegal votou em 29 de janeiro de 1999 a Lei nº 99-05 que proíbe a prática de excisão sob todas as suas formas. Esta lei estipula:

- Uma pena de prisão de seis meses a cinco anos para as excisadoras;
- Uma pena de prisão de seis meses a cinco anos para os pais que oferecem presentes e promessas [...] como recompensa para cometer as mutilações;
- A pena máxima é aplicada quando um membro da área da saúde comete a mutilação.

Para que esta vontade política se torne operacional, o Estado senegalês elaborou e começou a implementar programas e planos de ação que integram o abandono da excisão nos seus objetivos.

- O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (1997-2001), que pretende reduzir em 50% os casos de excisão no Senegal;
- O Programa para o Desenvolvimento Sanitário e Social, que estabeleceu objetivos para combater a excisão;
- O segundo Plano de Ação Nacional para as Mulheres (PANAF 1997-2001), que tem como objetivo a erradicação da excisão no Senegal;
- O ano de 2000 viu a criação do primeiro Plano de Ação Nacional para o abandono da prática de mutilações sexuais (2000-2005), após o qual vários grupos e indivíduos tornaram público o seu compromisso contra essas práticas: parlamentares, líderes políticos, ONGs, sociedade civil, autoridades religiosas, organizações de mulheres, representantes dos media, organizações juvenis, etc.

A implementação deste Plano de Ação Nacional, encabeçado pelo governo senegalês, implicou diferentes estruturas:

- O Conselho Nacional para a Promoção do Abandono da Excisão no Senegal, órgão responsável pela orientação do plano de ação;
- O Comité Técnico Nacional, órgão de coordenação;
- Os comités regionais e departamentais;
- Os comités de gestão comunitária;
- A célula de coordenação nacional;
- O fórum de parceiros para a aceleração do abandono da excisão.

Uma estrutura de acolhimento que funciona como refúgio para as meninas e mulheres vítimas de violação e abuso, com capacidade de alojamento para 70

peçoas, foi criada em Dacar (Centro Guindi) e tem um número verde de assistência telefónica.

A Lei nº 2005-18 de 5 de agosto de 2005, relativa à saúde reprodutiva, determina no seu artigo 4 que “os serviços e cuidados de saúde reprodutivos são compostos por: [...] luta contra mutilações genitais femininas, abuso sexual e práticas prejudiciais à saúde reprodutiva”, afirmando assim qual o papel a desempenhar pelos serviços de saúde na luta contra esta prática.

Dez anos após o voto da lei sobre a excisão, o governo senegalês decidiu avaliar a Lei nº 99-05 de 29 de janeiro de 1999 que proíbe a prática de E/MGF e o estado da sua implementação no país. Esse estudo mostrou que a lei falha ao nível da implementação efetiva, o que pode ser explicado, por um lado, pela falta de conhecimento e, por outro lado, pelas resistências locais.

O primeiro plano de ação para o abandono da prática foi avaliado e criou-se um segundo Plano Nacional de Ação para a aceleração do abandono da excisão (2010-2015). O seu objetivo era terminar com esta prática antes de 2015.

Comité Técnico Nacional

Em maio de 2010 foi criado um Comité Técnico Nacional que ficou encarregue da coordenação e acompanhamento do Plano de Ação para o Abandono da Prática de Excisão 2010-2015. No entanto, se a experiência do Comité Técnico é reconhecida, particularmente por parte dos atores nacionais, a avaliação acabou por evidenciar as insuficiências inerentes aos aspetos de coordenação e acompanhamento, como anteriormente explicado.

Comité Técnico Regional

Em 2011, o programa conjunto apoiou a constituição de comités técnicos regionais/departamentais para a coordenação e acompanhamento do Plano de Ação Nacional para o abandono da prática de excisão 2010-2015 em 11 das 14 regiões do Senegal.

Reunindo o chefe dos serviços regionais, esses comités são responsáveis, por exemplo, pelo acompanhamento e supervisão das atividades no terreno.

Apesar da sua institucionalização e da disponibilidade de planos estratégicos, esses comités são, de facto, ineficazes, devido à falta de recursos.

Aplicação da lei

O Senegal registou em julho de 1999 o seu primeiro processo judicial. De facto, após uma denúncia, uma mulher foi presa porque havia excisado a sua neta (Kalthegener, 2003).

Em novembro de 2001, três pessoas entre os 55 e os 75 anos foram presas no Departamento de Vélingara, mas foram indultadas em abril desse mesmo ano (Mbow *et al.*, 2002).

Na região Sul, onde existe uma alta prevalência de excisão, observamos uma série de condenações:

- Uma sentença judicial proferida a 25 de fevereiro de 2004 pelo Tribunal Regional de Kolda, condenando a pessoa que cometeu a excisão e um parente da pessoa excisada a seis meses de pena suspensa;
- Uma decisão judicial de 28 de abril de 2004, dada pelo Tribunal Regional de Kolda, condenando a pessoa que cometeu a excisão a três meses sem remissão. Quanto ao cúmplice (um parente), foi condenado a seis meses de pena suspensa;
- Uma decisão judicial de 18 de julho de 2017 no Tribunal Regional de Kolda, relativa à morte de uma criança após a excisão, condenando a pessoa que cometeu a excisão e também outras duas pessoas cúmplices dessa excisão a três meses de pena suspensa. Se os factos tivessem sido julgados pela *Cour d'assises*¹ os arguidos arriscar-se-iam a ser condenados a trabalhos forçados para o resto da vida.

Na região Norte foi encontrada uma única condenação:

- Uma decisão judicial de 22 de junho de 2009, proferida pelo Tribunal de Matam, condenando a pessoa que cometeu a excisão e também a avó a seis meses de prisão; a mãe e o pai foram condenados a seis meses de pena suspensa.

No centro do país:

- Uma decisão judicial de 22 de maio de 2010, pela *Cour d'appel* de Kaolack, condenando a pessoa que cometeu a excisão a seis meses de prisão e os seus cúmplices a três meses de pena suspensa.

A avaliação

O estudo consciencioso liderado pelo Ministério da Mulher, Infância e Empreendedorismo Feminino fez uma avaliação da implementação da Lei nº 99-05, concluindo que esta lei raramente era aplicada.

O estudo sobre a aplicação da Lei nº 99-05 revela que muitas pessoas estão conscientes acerca da lei, mas apenas os magistrados e a polícia judiciária conhecem o seu conteúdo. Esta lei trouxe consigo o medo das sanções penais e,

¹ N.T.: Devido à especificidade da terminologia jurídica dos tribunais em cada país, o tradutor optou por não traduzir o nome do tribunal. *Cour d'assises* no Senegal é um tribunal composto por um presidente e dois magistrados, e um júri composto por cidadãos senegaleses "escolhidos pela sua moralidade" a partir de uma lista elaborada anualmente. Para mais informações, consultar: <https://www.sec.gouv.sn/Les-Cours-et-Tribunaux.html>

consequentemente, conduziu a prática da excisão à clandestinidade e, em alguns casos, à sua medicalização.

No norte do país, as comunidades fula rejeitaram a lei. Mesmo os marabus² que haviam sido formados pela Tostan acabaram por rejeitá-la para se submeterem à vontade do seu líder religioso, o qual se havia manifestado contra a lei.

Assim, mesmo que as ações das organizações da sociedade civil tenham mobilizado as comunidades para promover o abandono da excisão e tenham conduzido a declarações de abandono pelas comunidades, tal não foi feito com sinceridade. De acordo com a Representante do FNUAP no Senegal, Andréa Wojnar Diagne, “até dezembro de 2015, 6176 comunidades do país declararam o seu abandono da prática da excisão”. Apesar disso, o Inquérito Demográfico e de Saúde (DHS) continua a mostrar uma taxa de prevalência de 25% em mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos e 13% em meninas com menos de 13 anos, em oposição aos 28% anteriores.

Estudos revelam que a prática realizada em meninas entre os 0 e os 14 anos aumentou 8% em 2015 na capital senegalesa. Isto pode ser explicado pelo êxodo rural, mas também porque os atores envolvidos na luta contra a excisão concentraram os seus esforços principalmente nas áreas periféricas e fronteiriças, sendo que a prática fica, assim, instalada em zonas mais abandonadas.

O programa conjunto intitulado “Excisão/Mutilações Genitais Femininas (E/FGM): Acelerar a Mudança” lançado pelo FNUAP e pela UNICEF em 2007 teve como objetivo contribuir com uma redução de 40% na prática de E/MGF entre meninas dos 0 aos 15 anos de idade, com pelo menos um país declarado livre da prática em 2012.

No que diz respeito ao Senegal, membro deste programa que envolvia 15 países, a estratégia baseava-se nos números apresentados pelo Inquérito Demográfico de Saúde (DHS), publicado em 2005, revelando que 28% das mulheres senegalesas com idades entre os 15 e os 49 anos e provenientes de todo o país, foram vítimas de mutilações genitais femininas ou excisão (E/FGM). O Plano de Ação de 2008, que se seguiu, enfatizou o importante papel da educação, da mobilização social e das declarações públicas no processo de abandono da excisão. Foram organizadas emissões de rádio nas áreas de maior prevalência. A televisão nacional difundiu anúncios e emissões públicas mais amplas sobre a prática.

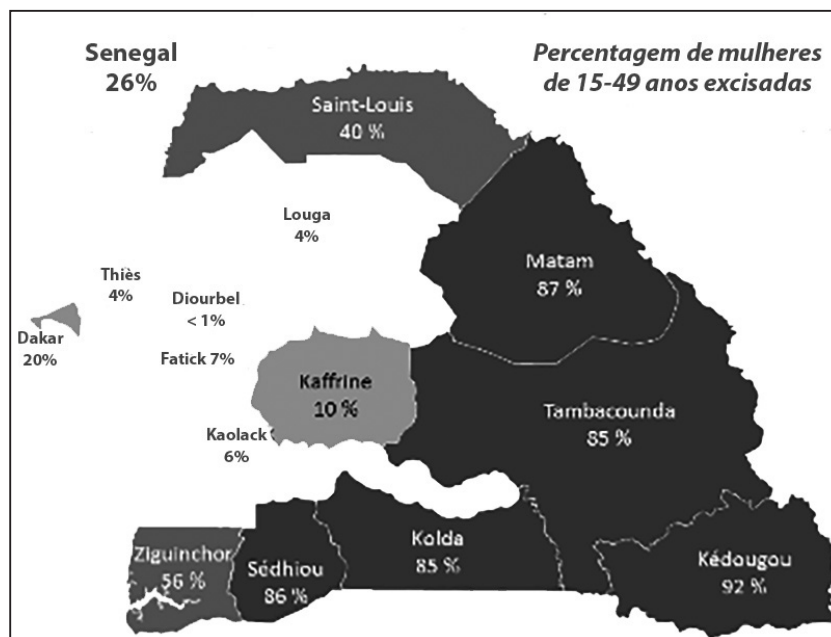
No entanto, a avaliação do programa em 2012-2013, no seu quinto ano de implementação, demonstrou que estávamos muito longe dos objetivos estabelecidos. O Inquérito Demográfico e de Saúde de Indicadores Múltiplos (DHS-

² N.T.: Os marabus são figuras proeminentes da sociedade senegalesa e são simultaneamente líderes religiosos e homens de grande capital social.

-MICS), realizado em 2010-2011 (publicado em 2012) revelou que a proporção de mulheres senegalesas excisadas tem, certamente, diminuído, mas muito pouco – passou de 28% para 25,7%. Mas, acima de tudo, revelou que a taxa de prevalência aumentava nas áreas urbanas (23,4% contra 27,8% nas áreas rurais). Em particular, Dacar passou de 17,3% para 20,1% em cinco anos. Isto pode ser explicado por uma forte migração de uma região para a outra.

As taxas mais altas ainda se encontram nas mesmas regiões rurais, com, no entanto, uma pequena diminuição em certos casos: Kolda com 84,8%, Tambacounda com 85,3%, Matam com 87,2% e Ziguinchor com 55,5%. A região de Kédougou, no extremo sul do país, tem uma taxa de prevalência particularmente elevada de E/MGF de 92% (esta região não foi contabilizada no estudo de 2005).

Figura 1 – A excisão por regiões



Fonte: DHS 2010-2011 (2012)

Tabela 1 – Grupos étnicos praticantes

2005	2016	Diferença
Soninquê 78,2%	Soninquê 58%	20,2
Mandinga 73,7%	Mandinga 65,2%	8,5
Fula 62,1%	Fula 52,0%	10,1
Djola 59,7%	Djola 54,5%	5,2
Serere 1,8 %	Serere 0,9%	0,9
Wolof 1,6%	Wolof 0,8%	0,8
Outro / não senegalês 41,7%		

Tabela 2 – Bolsas de resistência

Etnia	Parte da população senegalesa
Mandinga	3%
Fula	23,8%
Soninquê	1%

Realidades socioculturais

A socioantropóloga Awa Thiam, no seu livro intitulado *La sexualité féminine africaine en mutation: L'exemple du Sénégal*, apresenta os resultados de três décadas de estudo sobre esta questão. Segundo a autora, na década de 1960 a prática de excisão e de infibulação prosseguiu nas sociedades africanas, mas a chegada da civilização ocidental acabou por reforçar a prática. “Após o período de independência, a abertura das sociedades africanas a outras civilizações não africanas e ocidentais é um excelente exemplo de que certas pessoas se sentiram cada vez mais ameaçadas na sua cultura do que pelo seu próprio passado” (Thiam, 2014, p. 180).

Awa Thiam³, depois de constatar o fracasso de certos programas nacionais e internacionais, apela aos Estados para determinarem, com base em estudos específicos, uma estratégia de implementação para erradicar essas práticas.

Principais desafios e constrangimentos

A prática de mutilações genitais femininas diminuiu de forma muito lenta. Passou de 28% em 2005 para 25% em 2014 e para 23% em 2016.

³ N.A.: PhD da Universidade Paris I Panthéon Sorbonne e PhD em Antropologia Cultural do Institut Fondamental d’Afrique Noire (IFAN).

Tabela 3 – Percentagem de mulheres entre os 15 e os 49 anos submetidas a MGF

2005	2011	2015	2016
F	F	F	
28%	25,7%	25%	23%

Fonte: Dataset: Gender, Institutions and Development Database 2014 (GID-DB) / EDS 2005, EDSV 2010-2011, EDS continue 2014, ANSD, ICF Macro International

O abandono da E/MGF no contexto senegalês enfrenta alguns desafios:

- Pressões socioculturais persistentes em certas comunidades
- Fraqueza institucional do Estado
- Resistências

Fraqueza institucional do Estado

A fraqueza institucional do Estado é a de não conseguir fazer cumprir a lei. Por exemplo, a detenção em maio de 2009 de uma excisadora na região de Matam criou conflitos violentos entre os discípulos de marabus (*talibé*⁴) desta região e a polícia.

Resistências e normas sociais

A implementação de um Plano Nacional de Ação permitiu o desenvolvimento de capacidades comunitárias para promover o abandono da excisão, através de um amplo movimento de transformação social baseado na mobilização comunitária. Mulheres, homens, jovens, adolescentes, líderes religiosos e líderes costumeiros uniram-se para o abandono da excisão; se, em 1997, contamos cerca de 5000 aldeias onde a excisão foi praticada, atualmente 3300 dessas 5000 comunidades que praticam a excisão fizeram as Declarações Públicas de Abandono de Excisão.

Mas como resultado das normas sociais, apesar dos enormes esforços investidos na sensibilização e na votação da lei, os dados recolhidos ano a ano mostram os mesmos números, com pouca variação. Nos sistemas de representação, a filha não excisada não pode ser desposada por homens pertencentes à comunidade. Porque ela é considerada impura. Shell-Duncan *et al.* mostram que as mulheres não excisadas enfrentarão pressão, às vezes até abusos, por parte de mulheres

⁴ N.T.: Ver nota 2. *Talibé* significa seguidor e é uma wolofização da palavra árabe com o mesmo significado. Apesar de a palavra utilizada ser a mesma, não deve ser confundida com “crianças talibé”, também conhecidas na literatura internacional como as crianças pedintes do Senegal. *Talibé* é a noção geral de discípulo.

excisadas: muitas vezes são tratadas como sendo sujas, ignorantes, imaturas e às vezes são afastadas de decisões coletivas e de outras atividades da comunidade.

Isto demonstra que, em numerosas comunidades, a excisão não é praticada apenas para garantir o casamento de uma filha. Também é utilizada como um sinal, para outras mulheres excisadas, de que a mulher em questão é digna de ser admitida dentro da sua rede social.

Estas práticas são, em muitos casos, tão profundamente enraizadas nos círculos sociais das mulheres quanto na comunidade em geral. Existem várias estratégias de resistência em nome da proteção de uma cultura, de uma história e de uma identidade:

Clandestinidade

Para que a excisão continue a ser praticada com a máxima discrição, são utilizados muitos truques. A criança é excisada logo após o nascimento. Deste modo, mesmo antes do dia do batismo, a ferida estará curada. Os retiros espirituais nas florestas sagradas são os momentos em que as meninas são excisadas sem qualquer possibilidade de intervenção.

Adoção de medidas de higiene

Os praticantes integraram as questões sanitárias através da esterilização dos objetos usados para o procedimento e da utilização de antibióticos para acelerar a cicatrização das feridas.

Retirada para países vizinhos

Porque em certos países ao redor do Senegal não existe uma lei que interdite a prática, certas populações vão para esses países adjacentes apenas para excisar as suas filhas e depois regressam.

Conclusões

Apesar das medidas adotadas, dos esforços empregues e dos importantes recursos financeiros investidos, as comunidades continuam a praticar a excisão. Temos de parar e examinar as abordagens. Thiam mostrou como a prática da excisão é vivida como uma resistência à aculturação do Ocidente e, agora, as novas ideologias religiosas islâmicas utilizam este facto cultural na sua luta contra o Ocidente e legitimam esta prática, que não tem nada a ver com o Islão.

Referências

- Gomis, D., & Wone, M. M. (2008). *L'excision au Sénégal: Sens, portée et enseignements tirés de la réponse nationale. Rapport Final*. UNICEF. Disponível em https://www.unicef.org/wcaro/wcaro_Senegal_fgm_working_paper_sept_08.pdf (consultado a 06/11/2017).
- Sénégal: excision, parlons-en!* Disponível em: <https://www.excisionparlonsen.org/senegal/> (consultado a 06/11/2017).
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2013). Legislating change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal. *Law & Society Review*, 47(4), 803-835.
- Thiam, A. (2014). *La sexualité féminine africaine en mutation: L'exemple du Sénégal*. Paris: L'Harmattan.
- UNICEF & UNFPA. (2013). *Évaluation conjointe du programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision: Accélérer le changement 2008-2012*. Disponível em: https://www.unicef.org/evaluation/files/fgmc_senegal_final.pdf (consultado a 06/11/2017).

3.

Inquéritos sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas de MGF na Gâmbia

Adiana Kaplan Marcúsan

Fundação Wassu-UAB / Wassu Gambia Kafo

Universidade Autónoma de Barcelona

Barcelona, Espanha

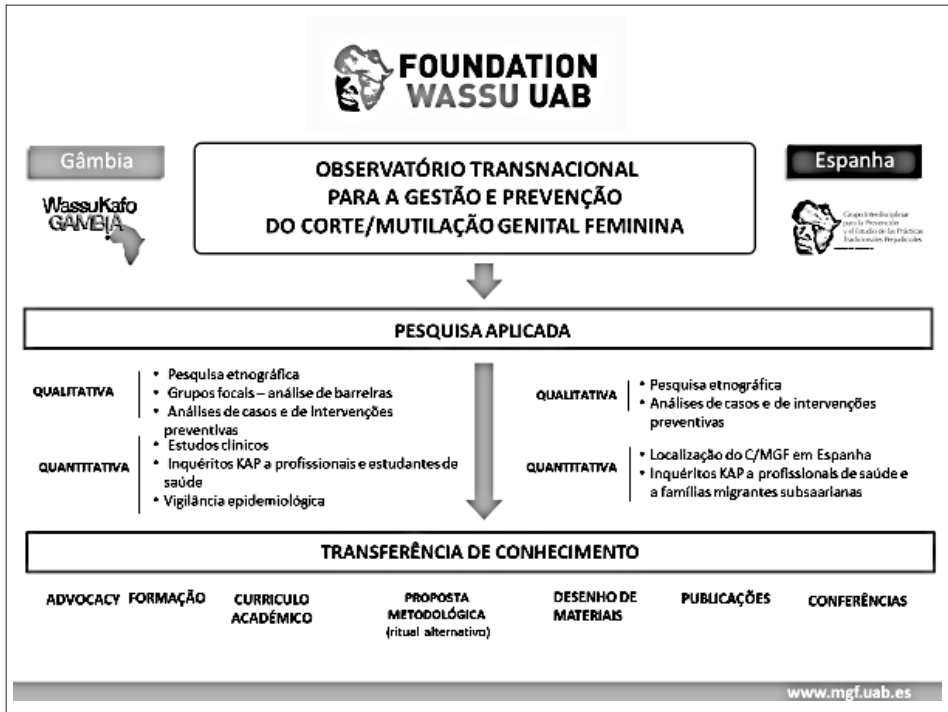
A prevalência global de Mutilação Genital Feminina (C/FGM) na Gâmbia é estimada em 76,3%, o que significa que afeta aproximadamente 3 em cada 4 mulheres. 78,3% das mulheres foram submetidas a esta prática e 71,1% acreditam que o C/MGF deve continuar. No entanto, este número global não inclui discrepâncias importantes dentro de cada uma das regiões ou dos grupos étnicos. Também é importante entender estes dados tendo em consideração o contexto da violência baseada no género no país, onde 74% das mulheres acreditam que é justificável que um marido agrida a sua esposa/parceira (GBoS, 2011).

A Wassu Gambia Kafo (WGK) é uma ONG local que promove o desenvolvimento e a cooperação entre a Gâmbia e Espanha nos domínios da saúde, da investigação e da educação. A WGK é um dos centros de pesquisa e formação do Observatório Transnacional de Pesquisa Aplicada a Novas Estratégias para a Gestão e Prevenção do Corte/Mutilação Genital Feminina (C/MGF), sediado na Fundação Wassu-UAB, na Universidade Autónoma de Barcelona (UAB), em Espanha. O Observatório Transnacional trabalha para a gestão e prevenção do C/MGF através da investigação antropológica e médica aplicada à transferência de conhecimento.

- A sua visão é melhorar as condições de vida das mulheres e das meninas, reconhecendo o seu direito à integridade pessoal e à liberdade, com base na igualdade social.
- A sua missão é projetar, desenvolver e implementar uma metodologia científica para transferir conhecimento, no sentido de cuidar das consequências do C/MGF e de promover o abandono da prática através de estratégias preventivas, tanto em África como entre a diáspora.

Desde 1989 que as pesquisas foram aplicadas para o desenvolvimento de uma metodologia abrangente, inovadora, sustentável e pioneira, baseada em dados do terreno, culturalmente sensível e orientada para os resultados, com foco na gestão e prevenção do C/MGF. Seguindo um modelo único, a pesquisa apli-

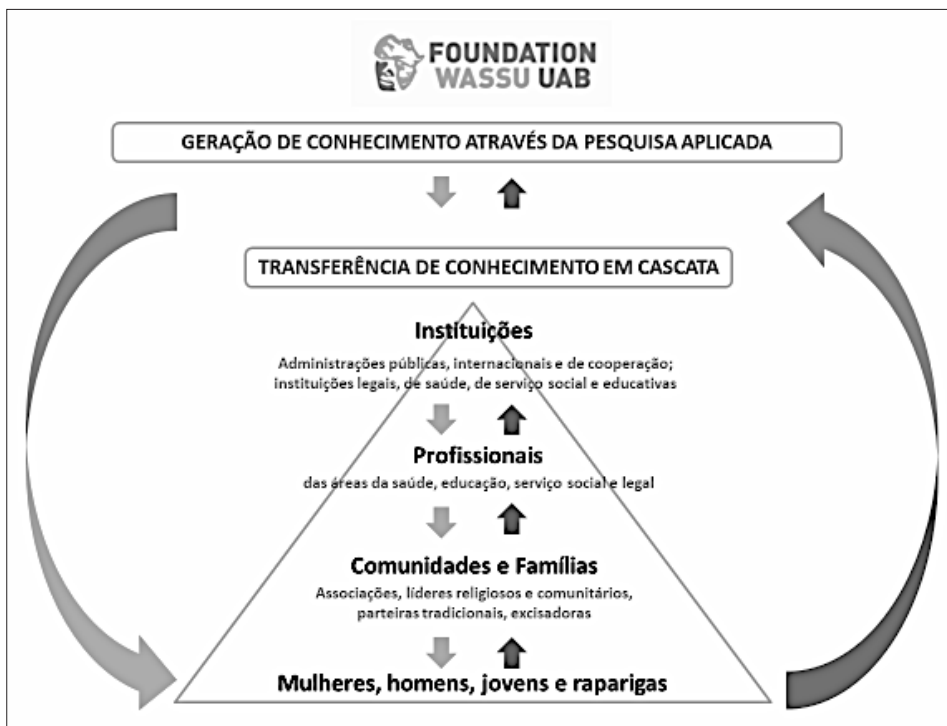
cada é conduzida, tanto qualitativa como quantitativamente, para transferir esse conhecimento em cascata para agentes-chave.



A pedido do Vice-Presidente da Gâmbia, a WGK realizou o primeiro estudo clínico local entre 2008-2009 com foco nos grupos étnicos que praticam o C/MGF, os tipos praticados e as consequências para a saúde encontradas nas instalações de saúde (Kaplan *et al.*, 2011). Os resultados obtidos numa amostra de 871 mulheres e meninas foram publicados em 2011 e demonstraram que o C/MGF ainda era praticado nas seis regiões do país. Além disso, o tipo I foi o mais comum, seguido pelo tipo II. Simultaneamente, o estudo provou que todas as formas de C/MGF (incluindo o tipo I) produziram percentagens relevantes de complicações de saúde (em particular infeções).

O segundo estudo clínico reuniu informações de 588 mulheres em hospitais e estabelecimentos de saúde na Região Oeste. Os resultados mostraram que 75,6% das mulheres sofreram C/MGF e que apresentaram maior prevalência de sofrerem consequências a longo prazo, quando comparadas às mulheres sem C/MGF. Este estudo avaliou que as mulheres com C/MGF têm 4 vezes mais probabilidades de sofrer complicações tanto durante o parto como para o recém-nascido, mostrando uma ligação clara entre as consequências para a saúde e a realização de

C/MGF, o que muitas vezes não é reconhecido pelo sistema de saúde gambiano (Kaplan *et al.*, 2013a).



Um estudo sobre os Conhecimentos, as Atitudes e as Práticas (KAP) de Profissionais de Saúde sobre C/MGF em áreas rurais (2008-2010) revelou que 42,5% apoiaram a prática e que a medicalização já era uma realidade no país (Kaplan *et al.*, 2013b). Em 2016 foi publicado um estudo comparativo entre a primeira pesquisa KAP (2008-2010) e a segunda (2011-2014) com 1.288 profissionais de saúde, a fim de explorar tendências, medir e determinar mudanças no conhecimento, nas atitudes e nas práticas. O estudo mostra um impacto positivo do Programa Nacional de Formação para Profissionais de Saúde sobre C/MGF, projetado e desenvolvido pela WGK e implementado em estreita colaboração com o Ministério da Saúde e a Segurança Social através de um Memorando de Entendimento. A comparação confirma que agora os profissionais são mais capazes de identificar as consequências do C/MGF para a saúde (41% <62%); que dão menos apoio à perpetuação da prática (42% > 25%); e que a ligação entre C/MGF e a religião diminuiu (54% > 25%). Ao mesmo tempo, o estudo realça um aumento nas tendências de medicalização (8% <10%) (Kaplan *et al.*, 2016).

Outro estudo KAP que se levou a cabo focou-se em explorar as percepções dos homens gambianos em relação ao C/MGF. As conclusões revelaram que apenas 8% dos homens participaram na decisão sobre o desempenho da prática nas suas filhas e que 71,7% desconheciam as suas consequências para a saúde; 51,6% consideraram que os homens tinham um papel a desempenhar na sua prevenção (Kaplan *et al.*, 2013c).

Seguindo de perto os resultados da pesquisa aplicada, desde 2010 que a WGK formou mais de 6.800 agentes-chave (principalmente profissionais de saúde, estudantes, líderes comunitários e religiosos e parteiras tradicionais) em todas as regiões da Gâmbia. A transferência de conhecimento é realizada em estreita colaboração com as instituições gambianas através de Memorandos de Entendimento locais (Gabinete de Mulheres, Ministério da Saúde e Segurança Social, Missão Médica Cubana e todas as Escolas de Ciências da Saúde na Gâmbia). A Gâmbia é o primeiro país em África onde a MGF está integrada no currículo académico em todos os estudos das ciências da saúde, a fim de formar os/as futuros/as profissionais de saúde sobre o tema.



A metodologia de pesquisa aplicada à transferência de conhecimento em cascata foi, desde 2012, estendida também para o Quênia e a Tanzânia, e o C/MGF foi incorporado no currículo académico de cursos de Ciências Sociais e de Saúde em cooperação com quatro universidades (entre 2012 e 2015).

O principal impacto e os resultados das intervenções da WGK são os seguintes:

- A promulgação de uma *fatwa* em 2011 que expressa o compromisso das autoridades islâmicas em prevenir o C/MGF, organizada por agências da ONU através de um Colóquio com Líderes Religiosos da África Ocidental na Mauritânia.
- A formação de Líderes Religiosos na Gâmbia entre 2011 e 2016, que abriu um espaço de diálogo sobre as consequências negativas da prática (organizada pelo Gabinete da Mulher).
- O design e a implementação do Programa Nacional de Formação de Profissionais de Saúde sobre C/MGF (2011-2020), através do Ministério da Saúde e Segurança Social, com o apoio da UNICEF e da OMS.
- A ampliação da metodologia da Wassu para quatro universidades no Quênia e na Tanzânia (2012-2015) e, em 2018, em Casamansa no Senegal.
- Fornecer dados recolhidos através da pesquisa ao governo gambiano para promulgar uma lei contra o C/MGF (dezembro de 2015).

Referências

- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., & Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in The Gambia, evidence into action. *Reproductive Health* (online). Disponível em <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-8-26> (consultado a 28 de junho de 2017).
- Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., & Ceesay, H. (2013a). Female genital mutilation/cutting (FGM/C) in The Gambia: Long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women's Health*, 5, pp. 323-331.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013b). *Knowledge, attitudes and practices regarding FGM/C among rural Gambian health care professionals: A multiethnic study*. *BMC Public Health*. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-851> (consultado a 28 de junho de 2017).
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S., & Utzet, M. (2013c). Female genital mutilation/cutting: The secret world of women as seen by men. *Obstetrics and Gynecology International* [e-journal]. Volume 2013. Disponível em: www.hindawi.com/journals/ogi/2013/643780/
- Kaplan, A., Riba, L., Laye, M., Secka, D., Utzet, M., & Le Charles, M. (2016, 12 abril). Female genital mutilation/cutting: Changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia. *International Journal of Women's Health* [e-journal], Vol. 2016(8), 103-117. doi:10.2147/IJWH.S102201
- The Gambia Bureau of Statistics. (2011). *The Gambia Multiple Indicator Cluster Survey 2010, Final report*. The Gambia: The Gambia Bureau of Statistics (GBOS).
- UNFPA. (2008). *Global Consultation on FGM/C. Technical Report*. Nova Iorque: UNFPA.
- UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. Nova Iorque: United Nations Children's Fund. Disponível em: [http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread\(2\).pdf](http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread(2).pdf) (consultado a 28 de junho de 2017).

4.

**A Contra-Argumentação Cultural
como Estratégia de Luta contra a Prática
das Mutilações Genitais Femininas.
O Caso da Sociedade Haalpulaar na Mauritània**

Abdoulaye Doro Sow

Équipe de Recherches sur les Mutilations Génitales Féminines (ERMGF)

Faculté des Lettres et Sciences Humaines

Universidade de Nouakchott

Nouakchott, Mauritània

As culturas humanas encontram-se e interpenetram-se. Resultam daí empréstimos, trocas e experiências que convidam à superação e aos abandonos. A renúncia que está na origem da rutura pode gerar conflitos de personalidade, ou mesmo um sentimento de vazio cultural, fonte de mal-estar existencial. Para que possamos recolocar esta dinâmica no seu verdadeiro contexto convém sublinhar que todas as culturas são iguais em termos de dignidade.

O convite ao abandono da prática das mutilações genitais femininas deve ser apresentado como uma renúncia a uma forma de ignomínia tal como a encontramos em todas as culturas humanas. Não deve ser vista como um julgamento das culturas, nem como a expressão de uma vontade hegemónica ocidental que se manifesta através da globalização. Esse convite é uma invocação de princípios que nos conduzem a normas universais dos direitos humanos. Uma marca cultural não deveria participar na afirmação e preservação da identidade se não for conforme aos direitos humanos. Victor Topanou afirma que “de qualquer das formas, um dia teremos de fazer um inventário dos nossos valores e práticas tradicionais”.

As estratégias culturais de luta contra as MGF consistem em servir-se de ditados, provérbios e sentenças sob a forma de contra-argumentos culturais, para sensibilizar as populações sobre os danos de tais práticas. Estes podem ser veiculados sob a forma de cursos, exposições, trabalhos de grupo, discussões ou animações de bairro com o apoio de artistas, *ulamas* e chefes tradicionais ou costumeiros.

Esta abordagem pedagógica instaura uma situação de reflexão, que coloca à prova os valores, normas e atitudes dos participantes (alunas do liceu, mulheres, atores da sociedade civil) face à prática das mutilações genitais femininas. Ela permite levar os participantes a pôr em questão as crenças e convicções consideradas como seguras, dado que são transmitidas desde há muito tempo, veiculadas pela educação e o condicionamento cultural. Os contra-argumentos

culturais suscitam o questionamento da adesão passiva das populações às MGF e levam-nas a tomar consciência de um dos seus pilares centrais na Mauritânia, que é o argumento religioso. Encontramo-lo como justificação no seio de todos os grupos nacionais, apesar de este não ser assim tão sólido. O ideal seria que os *ulamas* aceitassem tratar a questão nos seus sermões de sexta-feira, ou então nas suas discussões pelos bairros.

As estratégias de luta contra as práticas tradicionais, e em particular a prática das MGF, devem basear-se em dados sociológicos e culturais. O conhecimento dos valores socioculturais (por exemplo o *gacce*, isto é, a vergonha) dos grupos-alvo é uma necessidade, pois a dimensão das representações culturais desempenha a esse nível um papel essencial. É impossível mudar de maneira abrupta as práticas culturais que estão profundamente enraizadas nas mentalidades. Um sistema social antigo de milhares de anos, que não é despido de tradições e hábitos profundamente enraizados, não pode ser abalado de um só golpe. Toda a luta, que se quer realista, contra estas práticas deve, assim, basear-se nos recursos culturais.

É a razão pela qual optámos pela elaboração dos contra-argumentos culturais para dar a conhecer os perigos, as falsas ideias e, por fim, iniciar uma dinâmica de mudança das condutas sociais. É um combate de longa duração e as exigências de alinhamento com as normas jurídicas internacionais e de resultado imediato podem ameaçar tudo. A luta contra as MGF supõe a conjugação de esforços de indivíduos provenientes de horizontes diversos, assim como a mobilização das populações e das diferentes autoridades. Desta forma, o conhecimento das justificações culturais e a predominância do religioso nesta prática podem ajudar a melhor sensibilizar as populações. Apelar a exemplos tirados da realidade e da vivência quotidiana das populações constitui o pilar da nossa abordagem pedagógica, que se quer ativa e operacional.

Contudo, esta abordagem supõe um esforço de compreensão das práticas tradicionais nefastas, de onde a pertinente advertência de Patrice Méyer-Bisch:

Não chega ser militante, primeiro é preciso ser capaz de respeitar e compreender o que as tradições culturais carregam como forças, como recursos de identidade. No caso das mutilações genitais femininas (MGF) é toda a questão antropológica da relação homem/mulher que está em causa. O interdito desse tratamento desumano, cruel e degradante faz parte dos “interditos fundadores”, sem os quais a dignidade humana não é possível. Mas esse não é um objetivo suficiente, é um patamar de compreensão do respeito mútuo, das relações de género e do tecido social.

Finalmente, tentámos compreender como estas práticas tradicionais consideradas hoje como violações dos direitos da pessoa humana são percebidas no imaginário popular dos *Haalpulaar'en*, uma sociedade em profunda mutação. Convém sublinhar que a teoria da contra-argumentação cultural, que consideramos como o nosso principal contributo, advém de toda essa abordagem que se impôs como a única via que permite utilizar a língua como recurso cultural, para lutar contra as práticas tradicionais nefastas e pela promoção dos direitos humanos nas sociedades africanas tradicionais.

Apresentação da Mauritânia

Antiga colónia francesa, a República Islâmica da Mauritânia adquiriu a sua independência a 28 de novembro de 1960. É limitada a norte pelo Sara Ocidental e Argélia, a leste pelo Mali e Senegal e a oeste pelo Oceano Atlântico. Cobre uma superfície de 4.030.700 km² para uma população de 2.548.157¹ habitantes, composta por uma comunidade árabe constituída por mouros brancos e antigos escravos libertos, chamados de “haratines”, e de uma comunidade negro-africana constituída por Haalpulaar, Soninquê e Wolof.

A prática da mutilação genital feminina pode ser observada em todos os grupos nacionais. Convém, contudo, sublinhar que os Wolof em princípio não praticam a excisão e aqueles que o fazem é pela proximidade geográfica e cultural. Assim, os Wolof que vivem na região de origem, que é Trarza, ignoram a mutilação genital feminina.

Apresentação da sociedade haalpulaar

A sociedade haalpulaar é estratificada da seguinte forma:

Rimbe (nobres)	- Fulbe	Aristocracia política e guerreira
	- Tooroŋbe	Aristocracia política e religiosa
	- Seŋbe	Guerreiros
	- Jaawanbe	Conselheiros
	- Subalbe	Pescadores
Ñeeñbe (artesãos)	- Wayluŋbe	Ferreiros
	- Sakkeeŋbe	Sapateiros
	- Maabuŋbe	Tecelões
	- Lawbe	Carpinteiros
Jiyaaŋbe (escravos)	- Wammbaaŋbe	Músicos bajuladores
	- Awluŋbe	Griots
Jiyaaŋbe (escravos)	- Maccuŋbe	Escravos não libertos

¹ Recenseamento Geral da População e Ambiente 2001.

Definições e razões das práticas tradicionais nefastas consideradas

Um casamento é forçado quando pelo menos uma das partes não consentiu o casamento e quando o constrangimento é utilizado. Na Europa o fenómeno pode acontecer de diversas formas: a jovem rapariga, residente na Europa, é conduzida sob falso pretexto ao estrangeiro ou, vinda do estrangeiro, é “importada”, isto é, comprada por um ocidental ou um imigrante naturalizado. Também se dá o caso de os futuros esposos residirem já no território na altura do casamento.

O levirato é um tipo particular de casamento, onde uma viúva casa com o irmão do defunto, para dar continuidade à família deste último. As crianças deste novo casamento têm o mesmo estatuto que as crianças do primeiro marido. Esta prática, frequentemente forçada, é combinada com a poligamia e é ainda praticada em certos países africanos. O sororato é a prática do casamento de um viúvo com a irmã da sua esposa. A prática do levirato e do sororato como estratégia matrimonial endogâmica destina-se a reforçar a coesão social de um grupo étnico e da família, permitindo a proteção e educação das crianças.

Chamamos casamento precoce a todo o casamento no seio do qual um dos parceiros tem menos de 18 anos. O desejo de manter estratégias matrimoniais cuja finalidade é preservar a coesão social do grupo étnico e erradicar o espectro da gravidez fora do casamento deu origem ao casamento precoce.

O desejo de salvaguardar a pureza genealógica do sangue e de garantir a honra do grupo familiar deu origem a práticas que visam o controlo e vigilância da sexualidade feminina. Com efeito, numa cultura onde a virgindade é um valor e onde toda a gravidez antes do casamento implica a desonra, a excisão aparece como uma solução.

As mutilações genitais femininas cobrem um amplo leque de operações rituais não médicas, efetuadas sobre os órgãos genitais femininos, e que englobam a sua ablação parcial ou total ou incisões no interior da vagina. Elas abrangem todas as intervenções que incluem a ablação parcial ou total dos órgãos genitais externos da mulher. A forma mais comum é a excisão do clítoris e dos pequenos lábios e a forma mais extrema é a infibulação. Fala-se de mutilação genital pois as razões que pressionam para a realização deste tipo de operação não são de ordem médica, mas puramente sociocultural. A excisão (MGF) aparece hoje como aquela que coloca mais desafios.

A alimentação forçada (*gavage*) é uma prática tradicional realizada entre os mouros e consiste em engordar as jovens raparigas, dando-lhes uma enorme quantidade de comida. O ditado popular mouro estipula: “A mulher ocupa a atenção que ela ocupa no espaço”. As meninas são engordadas para adquirir um nível de riqueza lisonjeiro para os pais; também é considerado um fator de

sedução, um jogo para se preparar para o casamento. A esposa obesa testemunha a riqueza do marido (valor partilhado pela maior parte das etnias da região). É provavelmente mais uma questão de vaidade do que de estética. Uma mulher gorda, logo ociosa, tem de estar bem servida de servas² e de camelas leiteiras.

A história revela-nos que algumas civilizações valorizaram a obesidade feminina e exaltaram partes imponentes do corpo da mulher. Os quadros que apresentam mulheres fortes, particularmente os da Idade Média na Europa, são testemunhos disso. Estas perceções da beleza estão, acreditamos nós, relacionadas com a divisão do trabalho e a abundância em certas regiões.

“Essa gordura, já apreciada nos séculos XI e XVI, manteve-se como cânone de beleza mouro” refere Odette du Puigauveau, que descreve na sua obra *Arts et coutumes des maures* as condições da alimentação forçada (entre os habitantes do norte mauritano) e até que ponto os mouros continuavam a alimentar (*gaver*) as suas raparigas.

Assim, para resumir, diremos que todas estas práticas tradicionais nefastas giram à volta das suas principais razões: a fidelidade conjugal, o cumprimento da oração, a preservação da virgindade, a defesa da honra do grupo familiar e a procura da pureza genealógica do sangue.

O estatuto da pessoa humana

O sentimento de *gacce*³ enquanto confirmação da identidade ontológica do ser humano não pode ser bem compreendido sem a noção paralela de pessoa entre os Haalpulaar'en. A pessoa é, antes de mais, um *tagoore*, quer dizer, uma criatura divina que, por essa razão, tem uma dignidade. O *tagoore* é constituído de vários elementos, tais como o *balndu*, quer dizer, o corpo; o *hakkile*, quer dizer, a razão ou a consciência. É visto como uma instância que permite ao homem pensar, discernir o bem do mal antes de qualquer conduta. Há o *fidtaandu* e o *wonki* para designar a alma, a vida e, numa palavra, o princípio vital. Importa ainda referir que o *wonki* reenvia sobretudo para a existência, quer dizer, a dimensão material do ser.

² N.T.: A tradução de “*servantes*” como empregadas domésticas no contexto da Mauritânia, onde ainda existem formas contemporâneas de escravatura, induziria em erro. A opção por “*servas*” é literal e, de certa forma, propositada para marcar uma certa ambiguidade, já que o autor fala de uma prática que está claramente ligada ao estatuto social.

³ N.T.: *Gacce* é uma palavra, sentimento, que o autor define pela positiva. No entanto, uma palavra similar é também comum na língua wolof no Senegal, definida como “vergonha resultante de um erro grave, descoberto e tornado público” (Sylla, 1980, p. 93); em wolof tem uma conotação negativa, seguindo formas de organização social com contacto, onde o indivíduo enquanto ser social precisa da proteção conferida pela dinâmica entre honra e vergonha.

A combinação destes elementos, o atributo do pensamento, não é no pensamento negro-africano uma condição suficiente para reivindicar ou conferir o estatuto de ser humano a qualquer pessoa. Contrariamente à tradição helénica, a razão não é a marca essencial do humano, o humano não é apenas uma substância pensante. O humano em meio haalpulaar é uma substância que sente vergonha. “*Neddo mo hersataa wonaa neddo*”, dito de outro modo, um humano que não sente vergonha não é um humano. O *gacce* é então aquilo que confere ao ser humano o estatuto de pessoa humana. É impossível descrever um ser humano, nomeá-lo e mesmo concebê-lo sem o ligar ao sentimento de *gacce*.

O ser humano⁴ é então um ser que sente ontologicamente a vergonha. Na vida quotidiana, o ser humano está estruturado para sentir a vergonha, com o objetivo de saber como deve comportar-se segundo o seu estatuto, sexo, idade, situação matrimonial, diante do seu *paso*, dos seus sogros, etc. Como princípio regulador de todas as atitudes sociais em meio haalpulaar, onde a dimensão axiológica da conduta é predominante, o sentimento de *gacce* é o que permite ao ser humano comportar-se moralmente e distinguir-se radicalmente do animal. O universo social dos Haalpulaar'en está fortemente impregnado deste sentimento.

O *gacce* é um valor essencial no sentido em que a honra, a dignidade, o comedimento, é sentido em função do grau de *gacce* que sente uma pessoa. Numa sociedade onde o *gacce* está tão enraizado, qualquer procura de prazer carnal é objeto de uma codificação e normalização rigorosa quanto ao seu modo de expressão e satisfação.

A prática das MGF na Mauritânia: os números

- Inquérito Demográfico e de Saúde (DHS⁵) - Resultados preliminares (agosto 2001): Perto de três quartos das mulheres mauritanas entre os 15 e os 49 anos são excisadas.

Variação segundo o grupo étnico: 92% de mulheres soninquê; 72% de mulheres haalpulaar; 71% de mulheres mouras; 28% de mulheres wolof. Noventa e três por cento das mulheres declarou conhecer a excisão.

- Estudo da ONG AMLPN (1999): Entre 21 *moughaatas*⁶ inquiridas, em 11 *moughataas* 100% das mulheres eram excisadas (Trarza, Brakna, Gorgol, Nouakchott, Assaba, Guidimakha e os dois Hodhs).

⁴ N.T.: O autor utiliza ao longo do texto “*l’homme*” para significar o ser humano. Não sendo claro aqui que a melhor tradução fosse “homem”, enquanto neutro-normativo, optou-se pela utilização de “ser humano”, para evitar confusões de género.

⁵ N.T.: *Demographic and Health Survey*. Levado a cabo pela UNICEF.

⁶ N.T.: Em francês *arrondissement*, mais ou menos equivalente em português a freguesias.

- Inquérito sobre a Saúde da Mulher na *wilaya* de Brakna (UNICEF/FNUAP, 1994):
Práticas da excisão: 92,3%.
- PAPCHILD-MSAS/FNAUP/UNICEF (1990): 84% das mulheres em zona rural e 75% das mulheres em zona urbana.

O princípio da pesquisa

A nossa reflexão e o interesse particular sobre a questão das mutilações genitais femininas começaram a partir de dois factos que remontam a 1997. Trata-se do nascimento da minha filha e da morte de uma menina egípcia em consequência da prática de MGF. Efetivamente, no dia 1 de julho eu acabara de ser pai de uma menina e, na véspera, tinha visto um filme que narrava a morte de uma menina egípcia na sequência de uma mutilação genital. A conjugação destes dois factos levou-me a procurar as razões da prática das MGF dentro da minha própria comunidade cultural. Comecei então a trabalhar todo um sistema de recolha de informações que me permitiu coligir um *corpus* sobre as razões da prática das MGF no seio da sociedade haalpulaar.

Resta dizer que se aplicámos, pela primeira vez, a contra-argumentação cultural à mutilação genital feminina é porque a prática é transversal na Mauritânia. Pratica-se no seio de todos os grupos nacionais. A mutilação genital feminina enquanto violação da dignidade da mulher está na origem de algumas derivas nas práticas tradicionais, que são inaceitáveis do ponto de vista moral. A mutilação genital enquanto rito de passagem fazia-se entre os 10 e os 12 anos. Nos nossos dias faz-se entre os 0 e os 3 meses para esconder o carácter chocante e traumatizante da operação para a jovem rapariga. Não há dúvida que a crise económica e a globalização causaram uma desregulação social, fonte de mal-estar. Face a esta situação, a tradição é cada vez mais utilizada como um refúgio. Contudo, é necessário sublinhar que nenhuma prática que viole a dignidade do ser humano pode ser aceite como contribuição para a construção de uma identidade.

A dignidade humana não pode ser uma noção universal de conteúdo positivo: ela revela-se pouco a pouco pela definição do desumano. Cada direito humano determina um limite, um “inter-dito” fundador, um “dito” da lei que fiabiliza o intersubjetivo. É o interdito que liga, pois a sua negação define um espaço comum de liberdade: o interdito de mentir é a permissão de pensar através do diálogo, e de agir em interação. O interdito de mutilar uma rapariga é uma libertação para pensar de forma diferente as relações de género. Não é obrigatório ser-se igualitarista. O limite da exigência que se coloca para interditar o desumano alarga o campo da compreensão.

As dificuldades encontradas

A primeira dificuldade remete para a utilização de conceitos para denominar a mutilação genital feminina. Os termos utilizados nada têm a ver com a prática das mutilações genitais femininas e é preciso uma verdadeira tomada de consciência dos conceitos veiculados para chamar a atenção para o véu de silêncio que rodeia esta prática. Efetivamente o termo *haddaade*, que designa a excisão, significa literalmente “amarrar um pano”. A mutilação genital feminina é assim considerada como um “assunto de mulher” e desde o princípio da minha investigação que há uma grande incompreensão daqueles que me são próximos. Agastada pelo meu interesse por essa questão, a minha mãe fez-me o seguinte reparo: “Um homem do teu estatuto social não deve interessar-se pelas partes baixas das mulheres”.

Esta afirmação torna-se inteligível quando a recolocamos no contexto da sociedade haalpulaar, onde são os ferreiros⁷ os depositários da cultura erótica. A mutilação genital feminina é, como qualquer outro assunto ligado à gestão da sexualidade feminina no seio da sociedade haalpulaar, um assunto tabu. Para vencer essa hostilidade e quebrar as resistências socioculturais tivemos de usar o nosso conhecimento da língua e de expressões dialetais para veicular e traduzir informações ligadas à sexualidade. Finalmente, convém ainda sublinhar que, para combater as práticas tradicionais nefastas, é preciso antes de mais encontrar os conceitos que remetem para essa prática, mas também saber desvendar os tabus relacionados com essa prática na memória coletiva da sociedade haalpulaar.

As questões de partida

O percurso desta reflexão articula-se em torno de um conjunto de questões:

- Como fazer para desvalorizar a prática das mutilações genitais femininas no imaginário mauritano? A forte procura de raparigas virgens no mercado matrimonial não será uma das principais razões da não mobilização dos homens para a erradicação desta prática?
- Como é possível que, apesar das diferentes ações levadas a cabo pelos poderes públicos, as ONGs e a sociedade civil, esta prática não tenha recuado na Mauritânia? A prática da mutilação genital feminina pode ser concebida fora do quadro social impregnado do mito da pureza genealógica do sangue?
- A prática da mutilação genital feminina constitui um poderoso escudo contra os atos considerados mais vergonhosos? Como criar um modo

⁷ N.T.: Em muitas das sociedades da África Ocidental os “ferreiros” são figuras revestidas de uma grande importância social e simbólica.

de comunicação que não choque as populações, ou dito de outro modo, como utilizar a cultura para lutar contra as práticas culturais profundamente enraizadas nas mentalidades?

- Como fazer uma junção entre as nossas práticas tradicionais e as normas internacionais relativas à proteção dos direitos da pessoa humana? Como lutar contra a violência exercida sobre as mulheres na Mauritânia? Como ultrapassar os particularismos culturais que concorrem para a identidade de um grupo étnico para se inserir nas normas universais? Não existe um desfasamento entre a realidade e a maneira como as práticas tradicionais nefastas são percebidas no imaginário popular das populações?
- Será possível para uma rapariga virgem, numa sociedade dominada pela ignorância sexual, pela ocultação da natureza das relações sexuais, pelas efabulações e outros disparates, imaginar a realidade dos efeitos futuros resultantes da ablação dessa parte do seu corpo ou a alternativa?
- A impossibilidade de imaginar os efeitos não tornará obsoleto qualquer consentimento da rapariga?

As hipóteses

Para responder a esta série de questões avançamos as seguintes hipóteses: Quanto mais a mulher é considerada como garante da honra do grupo familiar, mais a prática da excisão será fortemente observada.

Dito de outra forma, a procura de modéstia sexual das mulheres é uma das causas essenciais para as MGF na Mauritânia, em detrimento da dignidade e saúde das mulheres mauritanas. Uma constatação como esta faz aparecer um curioso paradoxo, uma atribuição positiva acompanhada de uma sanção negativa. Efetivamente, a mulher é vista como um ser importante e valioso. O estatuto privilegiado devia logicamente interditar qualquer prática nefasta sobre as mulheres. É preciso notar que o egoísmo dos homens, o seu desejo de posse e o peso das tradições são tão fortes que se esvaziam de qualquer lógica.

Além da vigilância social e da disciplina cultural do corpo, a prática das MGF é vista como um poderoso escudo contra o desejo sexual das mulheres – supostamente deve prevenir a perda da virgindade e as gravidezes fora dos laços de casamento, que são considerados atos extremamente vergonhosos.

Metodologia

A metodologia seguida para compreender a prática das mutilações genitais femininas no seio da comunidade haalpulaar'en de Kaédi e elaborar os contra-argumentos culturais foi a seguinte:

Num primeiro momento fomos ao encontro das mães das raparigas, das excisadoras tradicionais, dos teólogos, dos pais de família e, por fim, de adolescentes para recolher argumentos culturais. Isto é, o conjunto de procedimentos de justificação e legitimação da prática das mutilações genitais femininas. Convém, no entanto, sublinhar que, aquando do nosso encontro com adolescentes, procurámos sobretudo obter informações sobre as suas perceções sobre a prática das mutilações genitais femininas. Esta recolha foi acompanhada da investigação sobre o grau de conhecimento das pessoas interlocutoras sobre os perigos ligados a esta prática.

Num segundo momento, fomos ao encontro das excisadoras tradicionais para obter informações sobre o seu estatuto social, a sua idade, conhecimentos (as fórmulas mágicas e as canções que acompanham esta prática, entenda-se), as técnicas medicinais, as modalidades práticas da excisão, os instrumentos utilizados, o modo de transmissão do conhecimento, o lugar, a idade das raparigas excisadas, as mulheres que levam as raparigas e a natureza das ofertas ligadas a estas prestações.

Finalmente, num terceiro momento, fomos ao encontro do pessoal médico que realiza esta prática, bem como das mães de família já conscientes dos perigos da prática das mutilações genitais femininas e que, contudo, não se declaram contra a prática.

Sendo a nossa intenção a de conhecer as verdadeiras razões dessa hesitação, digamos mesmo desse medo, esta abordagem permitiu recolher canções, mitos, provérbios e sentenças que têm por função justificar culturalmente e legitimar a prática das mutilações genitais femininas, sem esquecer o elemento religioso.

Munidos destes argumentos culturais procedemos à elaboração dos contra-argumentos culturais. Durante esta fase, verifica-se a pertinência e operacionalidade dos argumentos culturais, confrontando-os com a realidade e com o quotidiano vivido pelas populações. Após a elaboração de alguns contra-argumentos culturais, fomos para o terreno ao encontro de mulheres para recolher e partilhar as suas experiências. Verificou-se que não só a prática das mutilações genitais femininas não é esse poderoso escudo protetor que permite a domesticação da sexualidade para acautelar os atos considerados vergonhosos, como ela é extremamente perigosa.

Que atitude tomar então face ao argumento cultural que diz “*Debbo haalpulaar mo haddaaki wonaa deddo haalpulaar*”, ou seja, que uma mulher haalpulaar que não é excisada não é uma mulher haalpulaar? Era pois preciso explicar-lhes que a busca de identidade não pode ser feita por meios que violem a dignidade da mulher e que nenhuma cultura pode invocar uma especificidade nesse sentido. Porém é preciso notar que, aquando dessa primeira etapa do nosso trabalho, não tínhamos ainda procurado recolher a experiência de adolescentes relativamente às mutilações genitais femininas nem partilhar a das mães de família.

Esta metodologia foi aprofundada em consequência do nosso encontro com o Professor Patrice Meyer-Bisch, cujas definições de cultura e direitos culturais nos levaram a começar a trabalhar a filosofia dos contra-argumentos culturais. As suas análises levaram-me efetivamente a rever a natureza da minha colaboração com as jovens raparigas de Kaédi. Voltámos ao terreno e decidimos implicá-las e responsabilizá-las, e dessa iniciativa nasceram estes contra-argumentos culturais pungentes e pertinentes sobre as práticas das mutilações genitais femininas.

O enunciado que mais me impressionou foi, contudo, aquele feito por Kadia Mbaye: “*Haddinnde suka debbo battufo hakkille way kono yeebaade dum ni*”, o que significa que o facto de se excisar uma rapariga consciente de si mesma assemelha-se a uma violação.

A definição dos contra-argumentos culturais

A contra-argumentação cultural é uma estratégia cultural destinada a combater e desvalorizar certas práticas tradicionais nefastas. Os contra-argumentos constituem um procedimento que consiste em apoiar-se na cultura para desvalorizar certas práticas tradicionais que são perigosas do ponto de vista médico, não conformes ao respeito dos direitos humanos e que não são uma obrigação religiosa, com o objetivo de mudar as atitudes, os comportamentos e as condutas sociais das populações. Para isso é preciso atacar a esfera de legitimação dessas práticas no imaginário popular mauritano.

O porquê da contra-argumentação cultural

A escolha da aplicação da contra-argumentação cultural à prática das mutilações genitais femininas está relacionada com o facto de se tratar da prática tradicional nefasta mais comum. É praticada por quase todos os grupos nacionais mauritanos.

Esta estratégia cultural deve-se ao facto de todas as outras abordagens (sanitária, jurídica e económica) que se manifestam sobre a forma de sensibilização sobre os malefícios da MGF, sobre a penalização e sobre a reconversão das excisadoras tradicionais não terem dado os resultados esperados na Mauritânia.

É verdade que as virtudes da penalização são reais. Ela ajuda a livrar as pessoas das mistificações e dos disparates que dominam o seu espírito, as enchem de ilusões e as incitam a praticar algo que é contrário aos seus interesses. Além disso, procura fazer as pessoas tomar consciência de que ao criminalizar esse tipo de atos, traduz e preserva os seus interesses explicando-lhes os efeitos negativos do ato. Mas apesar dessas virtudes, não haverá impacto se as populações não aderirem. Assim, questionámo-nos se não deveríamos tentar a contra-argumentação e procurar ver em que medida esta pode ser combinada com as outras formas de estratégia.

A função dos contra-argumentos culturais

A função dos contra-argumentos culturais é a de deslegitimar e desconstruir as práticas tradicionais nefastas que são as mutilações genitais femininas, o levirato e o sororato, os casamentos precoces, a alimentação forçada e os tabus alimentares.

Ademais, ela visa a desvalorização das práticas tradicionais do imaginário popular dos mauritanos a longo prazo. É a razão pela qual todos os modos de veicular informação às sociedades tradicionais serão identificados e as suas contribuições utilizadas.

A contra-argumentação cultural é um convite à introspeção e à mudança dos comportamentos e condutas sociais. Trata-se de integrar no sistema de representações culturais africanas o gosto pela introspeção e o argumentário racional.

A modernidade reside num esforço interno gigantesco que deve conduzir as elites africanas a pôr em causa, de forma corajosa, aquilo que na sua cultura é mortífero. Deveriam aceitar perder aquilo que está morto na sua cultura, de fazer o luto, um luto ativo no sentido freudiano do termo, para se tornarem de novo criadores, tal como os seus antepassados o foram. Noutros termos, a modernidade é um longo processo de construção e desconstrução de si (Diouf, 2001, p. 2).

Convém sublinhar que a investigação racional é a mãe do espírito crítico, que está na base dos progressos tanto ao nível científico, técnico, de saúde, como na gestão dos assuntos urbanos e no melhoramento dos indicadores de qualidade no espaço sociopolítico no Ocidente. A democracia não se baseia na confiança de que todo o indivíduo dotado de razão está apto a escolher e a comportar-se segundo leis cuja finalidade é regular a vida em sociedade garantindo a ordem e a paz? Que não nos venham pois retorquir que a contra-argumentação cultural dá prioridade sobretudo à razão e ao poder da lógica. O que seria um indivíduo sem razão, sem essa faculdade de análise e discernimento?

É curioso constatar que, a partir do momento que a teoria da contra-argumentação cultural é abordada, a questão das especificidades ressurge. É então tempo de os africanos porem fim à conspiração de silêncio que rodeia as práticas tradicionais e se desfazerem das práticas e crenças que são perigosas do ponto de vista da saúde, e que constituem graves violações dos direitos da pessoa humana.

A contra-argumentação cultural está aberta a todas as contribuições que tenham por objetivo combater as práticas tradicionais nefastas. Assim, certos contra-argumentos culturais têm diversos aspetos:

- de saúde: “Haddinnde debbo ina adda cafeelee jibinirgol”, quer dizer, a prática da excisão pode conduzir a complicações no momento do parto;
- jurídico: “Laamu ina hadi kaddinngol sukaabe”, a saber, o Estado proíbe a prática da excisão;
- psicológico: “ande rewbe ndawi, anndu koy so tawi a haddaaki ada ηakki”, ou seja, fica ciente de que no dia em que as mulheres se valorizem, se fores excisada terás um *handicap*;
- emocional: “Haddina dawwa ndewaagu lembel mo haddaaki d’afta dum”, ou seja, uma mulher haalpulaar excisada verá a sua coesposa wolof tornar-se a preferida do seu marido;
- ético: “Haddinnde debbo battudo hakkille way kono yeebaade dum ni”, isto é, a excisão de uma rapariga já consciente de si assemelha-se a uma violação.

E por fim, a contra-argumentação cultural faz apelo à história. Procurámos no nosso património cultural figuras lendárias que incarnaram valores positivos tais como a retidão, a honestidade, o sentido de dignidade e a recusa de compromisso em todas as circunstâncias. Falamos de Hamme Birom Mody Kome e de Seegu Bali, que são ainda considerados até aos nossos dias como heróis na evocação dos seus feitos, que exercem ainda um forte fascínio no imaginário popular dos Haalpulaar’en no vale do rio Senegal.

A reabilitação de figuras lendárias permite contrabalançar os falsos valores veiculados pela cultura para legitimar a corrupção e o desvio de fundos públicos. Através dessa reabilitação, a contra-argumentação cultural permitirá impulsionar novas condutas, valorizar certos comportamentos e criminalizar a ética baseada na violência e na monopolização.

O suporte e os cânones da comunicação

Numa sociedade oral como a comunidade haalpulaar’en em Kaédi, a memória coletiva tem um papel fulcral. Os feitos e gestos dos indivíduos são relatados em canções. O peso das palavras exerce um real controlo sobre a vivência

quotidiana das populações e o desejo de defender o seu prestígio social continua muito forte. A palavra coloca o indivíduo na dignidade cultural. É através dela que lhe demonstramos que é bem-vindo, que temos consideração por ele e que ele é um *tagoore*, quer dizer uma criatura que merece respeito. Esse ambiente de troca de palavras torna-o num sujeito apto a receber, dar e partilhar.

A apropriação dos direitos humanos passa necessariamente pelos cânones dos recursos culturais que são a língua e os provérbios. É esse o lugar de ligação e partilha de experiências e conquistas humanas. É nesse contexto que Amadou Bah afirma que:

A língua e a cultura constituíram desde sempre os atributos principais através dos quais os povos determinam a sua identidade e se valorizam face aos outros. São também atributos pelos quais o outro é admirado ou desprezado, aceite ou recusado. A língua é a alma de um povo. A alma não é apenas aquilo que dá orgulho de ser e existir, é também o que permite existir, o que faz viver. É por isso que a alma exige desde sempre respeito e consideração. Sem alma o humano não vive de todo, não existe de todo. Assim, os conflitos culturais e linguísticos tornam-se em conflitos pela existência, pela vida (Bah, 2010).

E relativamente à língua, Amadou Bah sublinha que: “Os provérbios são um meio típico de transmissão da tradição e do saber tradicional. São talvez um dos últimos meios de transmissão desse saber que continua a ter um papel importante nos contextos quotidianos, tradicionais e modernos”.

Destas múltiplas afirmações depreende-se que, em todas as sociedades humanas, as considerações relacionadas com os direitos humanos e o respeito da dignidade humana estão presentes mesmo se não estiverem codificadas.

A filosofia dos contra-argumentos culturais inspirada nos trabalhos da Escola de Friburgo sobre os direitos culturais

Observar → A prática, os protagonistas, o ritual, os instrumentos, as contra-prestações, as técnicas médicas, o saber prático, as fórmulas e as canções que acompanham a prática.

Recolher → Os argumentos culturais e os diferentes modos de veicular esses mesmos argumentos, por exemplo os ditos, os mitos, as canções e os provérbios.

Confrontar → Os argumentos culturais com a realidade vivida do quotidiano das populações, com o objetivo de testar o seu grau de operacionalidade e de identificar as lacunas e zonas cinzentas.

Partilhar → As experiências pessoais segundo o perfil, os testemunhos, as confidências, as experiências de outros países da sub-região.

Implicar → Os adolescentes, as mães de família, os *ulamas*, as ONGs, os diretores dos estabelecimentos escolares e centros de formação profissional na procura de contra-argumentos culturais a partir das experiências, testemunhos, confidências e do resultado da confrontação desses argumentos culturais com a vivência quotidiana das populações.

Responsabilizar → Os adolescentes, as mães de família, os pais de família, os *ulamas*, as autoridades e a sociedade civil, com o objetivo de se tornarem atores-chave da sensibilização sobre os malefícios da prática das MGF.

Os argumentos culturais⁸

Haddaade ina hada koyeera - A excisão impede a desonra

Haddaade ina hada debbo fergitaade - A excisão garante a preservação da virgindade

So a nanii yoo male o hadi - Se ouvirem isso, estamos diante de uma virgem.

Haddaade ina tonnga fidtaandu - A excisão educa e atenua o prazer carnal

So debbo haddaaki resata dum ko naalanke - Uma mulher não excisada casará com um trovador

Debbo ko penngal asko - A mulher é o pilar da genealogia

Yoo gundo res gundo - Que o varano se case com o varano

Kumba haddii camaaba jibina - Kumba usou o pano e deu à luz um herói

So debbo haddaaki juulata - Uma mulher não excisada não pode rezar

So debbo haddaaki wawa weltinde fidtaandu jom galle mum - Uma mulher não excisada não é sexualmente atraente para um homem

Haddinnde sukaaŋe rewŋe ko e aadaaji men njeya - O facto de se excisar as raparigas é parte integrante das nossas tradições

Ko aadaaji ndeeni lenyol - São as tradições que preservam a identidade do grupo étnico

Neddo yoo faasno ko jey - Todo o homem deve ser orgulhoso daquilo que faz parte da sua identidade.

Os contra-argumentos em pular

Haddaade hadata koyere - A excisão não impede a desonra

Ko mi dimo ko mi dimo, ko so heege acci - Sou digno, sou digno desde que não haja fome

⁸ Esta metodologia é fruto de uma colaboração com o IIEDH de Friburgo.

Haddaade hadata debbo fergitaade - A excisão não permite preservar a virgindade

Haddaade tojngata fidtaandu - A excisão não é um escudo contra o desejo carnal

Haddaade hadaata debbo rewde mbellamma aduna - A excisão não impede que uma mulher se deixe levar

Yimbe ko yibbe - Os seres humanos são frutos

Yimbe ko tekke - Os seres humanos são pedaços de pano

Bidfo jibinte artataa - Toda a criança segue o seu destino

Mbeewa ina diwa biyi mum, ara sora - A personalidade não é hereditária

Haalpulaar en ina ndesondira e rewbe jolfuße - Os Haalpulaar'en casam-se com mulheres wolof

Rewbe aarabebe jibinama makka ina njuula, ina kajjoyaa, kono kaddaaki - As mulheres de Meca rezam e fazem a peregrinação, no entanto não são excisadas

Haddinnde debbo battudo hakkille way kono yeebaade dum niium ni - O facto de excisar uma rapariga consciente de si assemelha-se a uma violação

Yeebaade debbo ko hersinnde dum - A violação é um atentado à honra e à dignidade da rapariga

Yeebuya ko uure nde sellata - A violação é uma ferida que nunca cicatriza

Wonaa aada fof moyyi, ngol jimol njennoore yeekiraabe ko teskeede moyyani - Diz-se que todas as tradições são boas, mas a comprovar o contrário, a cerimónia e culpabilização das cunhadas foi completamente abandonada por ser inconveniente

Accude won hen e adaaji firtataa ngoroondi lenyol - O facto de se abandonar certas tradições não influi em nada na identidade de um grupo étnico.

Os fundamentos socioculturais das mutilações genitais femininas

A mulher mauritana, considerada como a guardiã dos valores morais, deve ter um comportamento exemplar tanto na sociedade como na família (fidelidade ao marido, disponibilidade, obediência e submissão). Foi para atingir esse objetivo que essas principais razões, que denominamos argumentos culturais, foram criadas.

A defesa da honra do grupo familiar

Num meio social onde o prestígio, tal como o reconhecimento e a consideração social dependem da honra, todos os feitos e gestos são estritamente codificados e vigiados. É assim que, desde a pequena infância, a jovem rapariga é submetida a uma rigorosa disciplina cultural destinada a domesticar os seus

sentimentos, os seus desejos e a cobrir o seu corpo, inculcando o sentimento de vergonha. O corpo da mulher é visto como o lugar da vergonha, fonte da desonra. Num tal meio sociocultural a domesticação do apetite sexual das mulheres torna-se objeto de um desafio capital. O medo de perder a sua honra joga então um papel importante na prática das MGF na sociedade mauritana, e outros argumentos aparecem como um prolongamento da defesa da honra.

A preservação da virgindade

A preservação da virgindade é uma preocupação central dos pais de uma jovem rapariga e mais particularmente da sua mãe. Desde a infância que a jovem rapariga é estruturada para sentir vergonha. Para tal, as maneiras de falar, de se sentar, de rir e de se vestir são-lhe inculcadas com um rigor extremo. É-lhe igualmente ensinado a não exteriorização dos seus sentimentos, pois fazê-lo é interpretado como uma ausência de pudor e vergonha. Significa que a disciplina cultural do corpo da mulher é uma preocupação constante, mesmo se as tradições de clausura do vestuário são desconhecidas. É “um acidente”, portanto, não preservar a sua virgindade até essa etapa crucial e decisiva que é o casamento.

No dia do casamento espera-se com impaciência o veredicto, pois trata-se da honra da rapariga, do seu grupo, da sobrevivência do seu lar, assim como da consideração do seu marido. Na realidade, a virgindade tem um custo. A jovem rapariga que chega virgem ao casamento é considerada como uma mulher virtuosa que dá importância ao valor do seu corpo.

Canta-se para ela uma canção que faz a apologia da virgindade e o elogio da recém-casada que soube preservar a virgindade. Depois da canção, há diferentes presentes da parte do marido, dos amigos, da mãe do marido e, frequentemente, dos pais. Mas mais importante nesses momentos solenes é a extrema valorização da mulher casada e da sua mãe.

O escudo contra os prazeres carnis

Uma gravidez antes do casamento constitui um dos atos mais temidos porque considerado o mais vergonhoso. Numa sociedade de tradição oral como a nossa, a memória coletiva tem o papel de uma biblioteca. Os feitos e gestos são arquivados e expressos sob a forma de canções. Qualquer ato vergonhoso que atenta contra a honra de um indivíduo e da sua família é inesquecível. As estratégias de luta contra a gravidez antes do casamento passam pela preservação da virgindade.

A pureza genealógica do sangue

A coesão do grupo étnico, tal como a preservação dos marcadores culturais que permitem ler e compreender o funcionamento da sociedade mauritana, pas-

sam pelo respeito estrito das estratégias matrimoniais endogâmicas que permitem garantir a pureza genealógica do sangue. A prática exogâmica é fortemente combatida porque ela perturba o tecido social bem como os seus pontos de referência axiológicos.

Na verdade, toda a mistura de sangue atenta contra a lógica tradicional que a considera como contrária à natureza. As estratégias para preservar a pureza genealógica do sangue são rigorosamente codificadas. É através da mulher e do casamento consanguíneo que se perpetua a pureza genealógica do sangue. “Um bloqueio consanguíneo” é de rigor para atingir este objetivo. Considera-se que a excisão confere à mulher certas qualidades morais: a fidelidade ao marido e o comedimento.

A descendência gloriosa

Em todas as sociedades há personagens ilustres que encarnam os modelos de conduta e também um ideal de bravura. Numa comunidade em perpétuo combate contra a hostilidade da natureza, qualidades como a bravura, a temeridade e o conhecimento são virtudes erigidas em valores absolutos. O destino de uma criança está fortemente dependente das qualidades morais da sua mãe. Esta é uma crença profundamente enraizada nas mentalidades.

As virtudes conjugais

Uma mulher não excisada não pode agradar ao seu marido. É preciso compreender com essa afirmação que uma mulher excisada é mais atraente sexualmente para um homem. Essa falsa percepção testemunha o grau de condicionamento cultural das mulheres, que devem abstrair-se da sua própria pessoa para agradar aos homens. Esse argumento ganha toda a sua amplitude num quadro social marcado pelo fenómeno das “solteironas” e pelo aumento da poligamia. Em resultado dos critérios de seleção dos futuros cônjuges, muitas raparigas não conseguem casar-se. A expressão “virtudes conjugais” encerra em si qualidades físicas e pessoais (charme), bem como qualidades morais (fidelidade), e um saber estar e fazer destinado a agradar ao marido.

De todos estes argumentos depreende-se que a prática das mutilações genitais femininas é essencialmente percebida como um escudo para os comportamentos desviantes que são julgados vergonhosos e que atentam contra a honra do grupo familiar. É preciso notar que estes argumentos não são mais do que preconceitos sem fundamento e não resistem ao assalto dos contra-argumentos culturais.

A dimensão pedagógica dos contra-argumentos culturais

A contra-argumentação articula-se em torno dos conceitos de *hattaade* (constatar) e *teskaade* (memorizar), que incitam à reflexão. Através dessa forma de pedagogia ativa, quisemos levar as populações, e mais particularmente as jovens raparigas estudantes de liceu, a apropriar-se desta teoria. A pertinência e o peso da contra-argumentação cultural devem-se a uma observação rigorosa da realidade e da vivência das populações mauritanas.

Educar fazendo passar uma mensagem que não fere as mentalidades, sensibilizar fazendo rir, despertar e levar os grupos-alvo a colocar-se questões, ou mais ainda, a aderir e apropriar-se do discurso para modificar os comportamentos, é esse o credo da Equipa de Investigação sobre as Mutilações Genitais Femininas.

Assim, através dos seus múltiplos aspetos, a teoria da contra-argumentação cultural é um meio de contornar o carácter tabu de todas as questões relativas à sexualidade no seio da sociedade haalpulaar. Permite combater a ignorância e perturbar o edifício de justificação e legitimação da prática das mutilações genitais femininas. Instala a dúvida e estimula a reflexão face a argumentos culturais que não deixam espaço a nenhuma forma de questionamento, porque sempre foram formulados e apresentados como verdades últimas e imutáveis. Este *corpus* etnográfico que contém os contra-argumentos culturais é provisório, dado que a luta contra as mutilações genitais femininas continua, e esse *corpus* enriquece-se com o combate pelo respeito dos direitos das mulheres.

O sentido de honra está profundamente enraizado nas mentalidades, daí esse orgulho e amor-próprio que por vezes roçam o ridículo. É preciso chamar a atenção das populações, e mais particularmente das mulheres, sobre o facto de a excisão não impedir de nenhuma forma a desonra e que esse argumento pode ser ilustrado por novas condutas sociais “fora da norma”, que emergiram durante as três últimas décadas de seca e que levaram à rarefação dos recursos haliêuticos e agropastorais, principais fontes de receita das populações mauritanas.

A excisão não é uma solução contra a gravidez fora do casamento

As gravidezes antes do casamento, ainda que fortemente reprovadas, existem mesmo assim. Acontece mesmo que uma rapariga que tenha tido “um acidente”, segundo uma expressão correntemente utilizada pelas populações, consiga anos mais tarde casar-se. É cada vez mais evidente que a excisão não é esse pretenso escudo poderoso contra o prazer carnal. O medo da vergonha ligado a uma gravidez antes do casamento é fortemente atenuado pelos métodos contraceptivos modernos. Convém, contudo, sublinhar que qualquer ato cometido num período da vida e não conforme às normas de conduta morais e religiosas constitui um grande obstáculo para o casamento.

A excisão não pode domar os desejos

O comportamento atual da mulher *diwo* (mulher divorciada) é um argumento de peso para demonstrar que não há uma relação lógica entre a conduta moral e o facto de ser excisada. Na verdade, observámos um novo fenómeno de mulheres divorciadas que se transformam em celibatárias endurecidas (*célibataires endurcies*⁹) e que, por isso, são fortemente cortejadas.

A pureza genealógica do sangue é um mito

A preocupação com a pureza é uma preocupação essencial no seio desta comunidade onde todo o relato genealógico se situa na linhagem considerada mais pura. E, no entanto, “não há genealogia sem interrupções” afirmava o professor Omar Ba, um ardente defensor dos nossos valores socioculturais. Ele considera que toda a família tem, algures, um elemento que constitui uma nódoa.

Cada criança segue o seu destino

A crença de que a prática das MGF é o garante de uma descendência gloriosa não resiste a uma análise crítica. O primado dos valores materiais perturbou fortemente a noção de glória. Hoje, os mais gloriosos são os ricos e todo o mundo fala apenas dos seus feitos e gestos. “Os atos gloriosos já não são os atos gloriosos de hoje. O glorioso está hoje marcado por uma forte conotação financeira e material”, afirma Babacar Diouf (Diouf, 2001, p. 2). Esta constatação é uma chamada à razão e ao seu sentido.

As mulheres de Meca rezam e fazem a peregrinação, apesar de não serem excisadas

O peso da religião nos comportamentos e práticas sociais é muito importante. Meca é vista como um lugar sagrado onde o espírito da *sharia* islâmica se manifesta. A grande maioria das mulheres inquiridas ignoram que a prática da excisão não está em vigor na Arábia Saudita. O lugar santo exerce uma tal fascinação sobre o imaginário popular dos mauritanos que a vulgarização desta ideia arrisca abalar convicções muito enraizadas. É preciso sublinhar que a maior parte dos marabus não têm uma grande cultura geral. Ignoram frequentemente esta realidade e fecham-se, assim, numa interpretação literal dos *hadiths*. Não passa pela cabeça de ninguém dizer que as mulheres wolof não estão preparadas para rezar porque não são excisadas. Nas cláusulas que selam o casamento entre um muçulmano e uma mulher “das gentes do livro”, não há nenhuma referência à excisão. É preciso então insistir nesse argumento para infletir os comportamentos sociais.

⁹ N.T.: A exemplo do país vizinho Senegal, onde há um discurso importante em termos de categorização social sobre as mulheres “celibatárias” e “divorciadas”. Estas categorias são consideradas “novas categorias” sociais e merecem atenção em diversos círculos.

O estatuto da mulher divorciada ou da *diwo*

A observação rigorosa da vivência quotidiana das populações deixa aparecer muitas falhas quanto ao argumento cultural que veicula a ideia segundo a qual a mulher excisada “fica tranquila” – “Haddinnde ina deeyna debbo”. Este argumento não resiste à realidade. Com efeito, não apenas a preservação da virgindade até ao casamento não pode ser considerada garantia de fidelidade conjugal no futuro, como o comportamento atual de uma *diwo* (uma mulher divorciada à procura de um novo marido) prova a caducidade de tal argumento.

A libertinagem sexual a que se entrega a *diwo* de uma forma velada, mas demasiado perceptível pelo coletivo, é um argumento importante para a luta contra as mutilações genitais femininas. Na verdade, vemos bem que apesar da modéstia sexual supostamente obtida, o desejo de enriquecimento e de aparência podem despertar um instinto sexual que pensaríamos domesticado e adormecido pela excisão.

A excisão de uma rapariga consciente de si assemelha-se a uma violação

Excisar uma rapariga consciente é muito constrangedor e assemelha-se a uma forma de perseguição da jovem rapariga, cuja totalidade da disciplina cultural do corpo consiste em dizer que as suas partes íntimas devem ser tocadas apenas pelo seu futuro esposo. Convém sublinhar que “Yeebaade” significa violação e que a violação é vista no seio da sociedade haalpulaar como a transgressão de um interdito ligado à honra e dignidade da mulher.

A violação é vista como uma ferida que não cicatriza nunca, “Yeebuya ko uure nde sellata”, mas também como uma porta para a entrada da desordem no seio do grupo étnico no sentido em que perturba as estratégias matrimoniais. A mutilação genital feminina provoca um sofrimento moral e emocional, pois ela é vivida como uma vergonha que atinge a honra e dignidade da rapariga, como o clama o tocante e pertinente contra-argumento cultural elaborado por uma jovem adolescente de Kaédi: “Yeebaade debbo ko hersinnde dum”.

A filosofia da contra-argumentação cultural aplicada aos direitos humanos em geral

- Identificar os mecanismos de proteção dos direitos humanos na sociedade haalpulaar questionando o património cultural. Esta etapa destina-se a recolher e coligir provérbios, ditados, sentenças e asserções que tenham relação com os direitos humanos.
- Recensar os diferentes argumentos culturais que justificam certas práticas ou violências contra as crianças e as mulheres e que podem ser consideradas como violações dos direitos da pessoa humana.

- Observar as práticas consideradas como violações dos direitos humanos, recolher os testemunhos junto das vítimas e levá-las a terem a coragem de testemunhar em público sobre os danos sofridos.
- Exaltar o sentido da dignidade, da honra e da consideração devida a toda a pessoa, baseando-se em valores estruturantes da personalidade africana.
- Elaborar os contra-argumentos culturais que condenam, denunciam e, ao mesmo tempo, revalorizam todos os procedimentos de proteção do direito da pessoa humana. Isso supõe o cuidado de ver como o tema tratado é percebido no imaginário popular das populações. O princípio da precaução deve-se ao facto de que cada cultura tem cânones precisos para veicular e tratar as informações.
- Testar os diferentes contra-argumentos junto dos grupos-alvo. Esse teste permitirá saber o grau de receptividade e adesão das populações em relação aos argumentos elaborados, e permitirá ainda saber o limiar de tolerância dos enunciados e do conteúdo por parte das populações.

Os motivos de satisfação

Esta responsabilização das adolescentes sobre o seu próprio destino constitui para nós um real motivo de satisfação. A confiança depositada, o respeito e a consideração social que sentimos em relação a estas raparigas despertaram e estimularam o seu espírito criativo. São agora capazes de lançar um debate e trocar informações e experiências sobre todas as práticas nefastas. A teoria da contra-argumentação cultural regista algum progresso em certos países africanos como o Senegal, o Níger, o Mali e mesmo na Europa, onde encontramos fortes comunidades haalpulaar que utilizam esta estratégia cultural de luta contra as violações dos direitos das mulheres. A nossa equipa bate-se para encontrar financiamentos para atacar outras práticas tradicionais que constituem graves violações dos direitos das mulheres.

Recomendações

As recomendações seguintes são suscetíveis de ser retidas no quadro da luta contra as mutilações genitais femininas em todas as sociedades africanas tradicionais, e mais particularmente na sociedade haalpulaar.

- Identificar as cidades, aldeias e grupos onde a prática das mutilações genitais femininas é muito elevada.
- Estabelecer um diálogo permanente com as autoridades de saúde e o pessoal das estruturas escolares.

- Colaborar e sensibilizar as associações aldeãs ou étnicas com o objetivo de levar a cabo ações dirigidas às mães de família.
- Alertar as mães de família das perseguições judiciais eventuais no caso de mutilação das raparigas.
- Pôr à disposição das mães de família e submeter à sua crítica os contra-argumentos culturais.

Conclusão

A contra-argumentação cultural é um processo pedagógico dinâmico. Interpela as populações e associa-as à procura de soluções para os seus problemas. É também um instrumento racional de investigação dos fundamentos das práticas tradicionais nefastas e um modo de resistência cultural, face à ignomínia da qual toda a cultura humana continua dependente.

Convém, por fim, sublinhar que a contra-argumentação cultural é, em última instância, um apelo ao dever da memória, de justiça, de reparação e de reconciliação.

A luta pela promoção dos direitos humanos em África não poderá ser feita sem uma luta feroz contra a impunidade. Lembrar-se dos feitos desumanos e degradantes (*siftorde*) e bater-se contra os perigos do esquecimento (*yejitde*) é uma necessidade. Trata-se de mantê-los no imaginário popular das populações sem ódio, mas para evitar qualquer forma de regressão, podendo reprogramar os comportamentos inaceitáveis.

O convite ao abandono da prática da mutilação genital feminina deve ser apresentado como a renúncia a uma forma de ignomínia tal como a encontramos em todas as culturas humanas. Ela não deve ser percebida como um processo das culturas, nem como a expressão de uma vontade hegemónica ocidental que se manifesta através da globalização.

As palavras do enviado especial encarregue da questão da violência contra as mulheres ilustram este convite:

Os Estados têm o imperioso dever de lutar contra essas práticas culturais que se traduzem pela violência contra as mulheres, que as degradam e humilham, e que as impedem de exercer plenamente os direitos fundamentais. As normas internacionais exigem aos Estados que levem a cabo uma ação concertada para erradicar essas práticas mesmo que aqueles que as defendem afirmem que elas são fruto de crenças e ritos religiosos.

Este convite é um apelo à razão e ao coração que conduz às normas universais dos direitos humanos. Um marcador cultural não pode participar na afirmação e preservação da identidade se não estiver em conformidade com os direitos humanos. “De qualquer das formas, um dia teremos de fazer o inventário dos nossos valores e práticas tradicionais”, afirma Victor Topanou.

Bibliografia

- Bah, A. (2010, 20 de abril). De la question des langues en Mauritanie. *AVOOM*. Disponível em: https://www.avomm.com/DE-LA-QUESTION-DES-LANGUES-EN-MAURITANIE_a11451.html
- Diouf, B. (2001, 9 de março). *Le témoin* n° 551, p. 2.
- Meyer-Bisch, P. (1992). *Le corps des droits de l'homme. L'indivisibilité comme principe d'interprétation et de mise en œuvre des droits de l'homme*. Fribourg (Suíça): Éditions Universitaires.
- Meyer-Bisch, P. (2005, 7 de março). *Les droits culturels comme ressources pour lutter contre la violation des droits humains*. Conférence UNICEF: Les mutilations génitales féminines en Europe. Zurique.
- Observatoire de la diversité et des droits culturels. (2009). *Situation des droits culturels: Argumentaire politique. Documents de synthèse, DS2, IIEDH*. Disponível em: https://www.unifr.ch/iiedh/assets/files/DS/DS2-Situation_dc,6.pdf
- Sow, A. (1998). *Le système des castes face aux mutations sociales contemporaines. L'exemple de la communauté haalpulaar'en de Kaédi en Mauritanie*. Tese de doutoramento em Antropologia, Universidade de Nice.
- Sow, A. (1999). *Contribution à l'étude des stratégies matrimoniales au sein de la société haalpulaar*. Nouakchott: ERMGF.
- Sow, A. (2000). *Contribution à l'étude des mutilations génitales féminines en milieu haalpulaar de Mauritanie: Le cas de la communauté haalpulaar de Kaédi en Mauritanie*. Nouakchott: FNUAP.
- Sow, A. (2001). *Les valeurs structurantes de la personnalité haalpulaar*. Cours en Anthropologie, Département des Langues Nationales, Nouakchott.
- Sow, A. (2001). Le recueil des arguments culturels. *Anales*, 18. Faculdade de Letras e Ciências Humanas, Universidade de Nouakchott, Mauritânia.
- Sylla, A. (1980). *La philosophie morale des Wolofs*. Tese apresentada à Universidade de Grenoble II (1976). Lille: Atelier Reproduction des thèses, Universidade de Lille III.

5.

**C/MGF como Violação dos Direitos Humanos:
Implementação de Tratados de Direitos Humanos
no Senegal**

Annemarie Middelburg
Middelburg Human Rights Law Consultancy

Este artigo foca-se nas principais conclusões da minha pesquisa de doutoramento com o título “Promessas Vazias? Conformidade com o Quadro dos Direitos Humanos em relação ao Corte/Mutilação Genital Feminina no Senegal”. A minha investigação considera o Corte/Mutilação Genital Feminina de uma perspetiva do direito internacional relativa aos direitos humanos. Nas últimas décadas, o discurso em relação à eliminação do C/MGF posiciona-se dentro do alcance dos direitos humanos internacionais e regionais. A prática é considerada uma forma de Violência contra as Mulheres (VAW¹) e uma violação dos direitos humanos. Um quadro de direitos humanos abrangente existe tanto ao nível internacional como ao nível regional, legislando a violência contra as mulheres (VAW) e práticas nefastas em geral e o C/MGF em particular. Apesar das várias normas internacionais e regionais (quase) legais focando-se no C/MGF, a taxa de prevalência mantém-se elevada em muitos países. Isso levanta a questão de saber até que ponto os Estados se conformam ou, no caso do C/MGF, aparentam não se conformar ao quadro dos direitos humanos criado para eliminar a prática a nível mundial. A questão central da minha investigação para doutoramento é a seguinte: “Que fatores explicam a conformidade e/ou não conformidade com o quadro dos direitos humanos em relação à prática do Corte/Mutilação Genital Feminina no Senegal?”

A prevalência do C/MGF no Senegal

Os Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS²) e os Inquéritos de Indicadores Múltiplos e de Saúde (MICS³) oferecem-nos dados consideráveis sobre a pre-

¹ N.T.: Opta-se por se manter o acrónimo VAW, em detrimento de FVM que corresponderia à tradução, pelo seu reconhecimento internacional e utilização nos mais variados textos de direitos humanos sob esta forma.

² N.T.: Também aqui se optou por manter o acrónimo internacional.

³ N.T.: Também aqui se optou por manter o acrónimo internacional.

valência e natureza do C/MGF. As estatísticas mais recentes mostram que 22,7% das raparigas e mulheres entre os 15 e os 49 anos, no Senegal, sofreram o C/MGF (DHS, 2016). Em 2005, a taxa de prevalência⁴ nacional foi de 28,2%, o que quer dizer que na passada década a prevalência do C/MGF entre as raparigas e mulheres entre os 15 e os 49 anos baixou 5,5%. O C/MGF não é praticado de forma consistente pelo país e há grandes diferenças regionais. Em Kédougou, Matam, Sédhiou, Tambacounda e Kolda a prática é generalizada (80-95%), enquanto nas regiões de Diourbel, Thiès, Louga, Kaolack e Fatick, a prevalência é baixa (0-10%). A prevalência do C/MGF no Senegal é também fortemente influenciada pela etnicidade: é comum que a prática seja feita entre os grupos étnicos Mandingue, Haalpulaar, Diola e Soninké⁵. O C/MGF é muito menos comum entre os outros grupos étnicos, incluindo os Wolof e Serer (ver Tabela 1 abaixo).

Tabela 1 – Prevalência do C/MGF. Diferenças étnicas

Grupo étnico	2005	2010	2014	2016
Mandingue	73,7%	81,9%	64,4%	65,2%
Poular	62,1%	54,5%	51,8%	52,0%
Diola	59,7%	51,5%	46,2%	54,5%
Soninké	78,2%	64,9%	42,9%	58,8%
Serer	1,8%	2,2%	2,4%	0,9%
Wolof	1,6%	0,9%	1,3%	0,8%

De acordo com os dados DHS mais recentes, a maioria das mulheres e raparigas senegalesas sofrem o tipo I (54,3%), 12% sofrem o tipo II e 7,1% sofrem infibulação. De notar que os dados anteriores a 2010 indicam que nesse momento o tipo II era o mais comum (em 2005 82,7% sofreram o tipo II e em 2010 o valor cifrou-se nos 52,7%). Isto indica uma tendência para formas de corte menos severas, mas a prática do C/MGF continua a ser tradicional no Senegal. Uma praticante tradicional procedeu ao C/MGF na quase totalidade das mulheres (92,8%), independentemente do tipo de C/MGF operado. O C/MGF no Senegal é feito em idades muito baixas. As estatísticas mostram que 72,2% das mulheres sofreram C/MGF antes dos 5 anos de idade. Além disso, 13,1% das mulheres sofreram a operação entre os 5 e os 9 anos de idade, 6,3% entre os 10 e os 14 e em 1,3% dos casos, a mulher tinha 15 ou mais anos. É importante ter em conta que a maioria

⁴ N.T.: A “taxa de prevalência”, expressão mais correta e exata na língua portuguesa, será daqui em diante, neste artigo, apenas referida como “prevalência”.

⁵ N.T.: Neste caso todas estas etnias têm termos portugueses mas opta-se por manter as designações tal como são encontradas no país.

das mulheres (81,1%) e homens (68,4%) no Senegal acreditam que o C/MGF não é uma prática recomendada pela religião e tanto mulheres (80,1%) como homens (79,7%) acreditam que a prática deveria ser abandonada.

Compromisso forte com o quadro dos direitos humanos...

O governo senegalês afirmou em diversas ocasiões que tem um compromisso de longa data com a democracia e a tradição de promover, proteger e respeitar os direitos humanos e as liberdades fundamentais. O Senegal tem sido parte ativa no movimento internacional de direitos humanos e ajudou a codificar as leis internacionais de direitos humanos ao participar nos processos de concepção de diversos tratados de direitos humanos. Segundo o governo do Senegal, há um sincero desejo e uma genuína vontade política de proteger os seus cidadãos de violações de direitos humanos e melhorar a condição dos direitos humanos no terreno.

O Senegal assinou e ratificou todos os tratados de direitos humanos que são relevantes em relação à prática do C/MGF (ver Tabela 2) sem ter feito qualquer reserva relativamente a nenhum dos tratados, nem limitado o alcance das obrigações impostas pelos mesmos. Isso significa que o Senegal está obrigado a conformar-se com todas as provisões legais avançadas nestes tratados de direitos humanos.

Tabela 2 – Ratificação de tratados pelo Senegal

Tratado	Ano
Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)	1985
Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (ACHPR)	1982
Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC)	1990
Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança (ACRWC)	2001
Protocolo do ACHPR sobre os Direitos da Mulher em África (Protocolo de Maputo)	2004
Carta Africana da Juventude (AYC)	2009

À primeira vista a extensão da conformidade parece prometedora. A Constituição senegalesa estabelece o gozo de direitos sem discriminação e tem uma provisão específica proibindo “todas as mutilações físicas” (Artigo 7). Um impressionante quadro institucional foi constituído, consistindo em muitas Instituições Nacionais de Direitos Humanos (NHRI) que estão envolvidas na promoção e proteção dos direitos humanos. Além disso, em 1999 a lei nacional (Lei nº 99-05)

modificou o Código Penal para criminalizar o C/MGF. O Código Penal proíbe todas as formas de C/MGF, incluindo a medicalização do C/MGF. A penalização vai de seis meses a cinco anos de encarceramento. O Artigo 299*bis* do Código Penal diz o seguinte:

Aqueles que tenham levado a cabo ou tentado um ataque à integridade do órgão genital feminino, pela remoção parcial ou total de uma ou mais das suas partes, pela infibulação, ou dessensibilização, ou outros quaisquer meios, serão punidos com seis meses a cinco anos de encarceramento. A pena máxima será aplicada se as mutilações sexuais forem praticadas, ou promovidas, por uma pessoa dos campos da medicina ou paramedicina. Quando a operação conduzir à morte, a pena será de trabalhos forçados para toda a vida. A mesma sentença será dada a qualquer pessoa que der instruções para serem cometidas estas mutilações sexuais ou provocá-las através de dádivas, promessas, incitamentos, ameaças, intimidação, abuso de autoridade ou de poder.

Além de passar uma lei nacional criminalizando o C/MGF, o governo senegalês desenvolveu também Planos de Ação Nacionais (PAN) e muitas outras políticas destinadas à prevenção e eliminação do C/MGF. Há dois PAN – Plano de Ação Nacional para o Abandono da Prática das Mutilações Genitais Femininas (2001) e Plano de Ação Nacional para a Aceleração do Abandono da Excisão (2010) – e dois outros documentos de orientações (Argumentário Médico sobre a Excisão e Argumentário Islâmico para o Abandono da Excisão no Senegal). Estes documentos são de natureza muito abrangente e multidisciplinares no seu alcance, desenhados para promover e proteger os direitos das raparigas e mulheres e para apoiar o abandono coletivo de todas as formas de C/MGF. Ademais, as Organizações da Sociedade Civil (OSC) – incluindo a OSC Tostan, que foi uma das primeiras, e talvez a mais conhecida OSC devido aos seus esforços de base para o abandono do C/MGF – estão ativamente envolvidas no que toca às ações de sensibilização ao nível comunitário. Contudo, e apesar de – num primeiro tempo – a abrangência da conformidade no Senegal poder parecer prometedora, os meus dados empíricos (recolhidos no terreno entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014) mostram que não devemos ser tão otimistas.

...mas abrangência limitada da conformidade

Apesar da existência de legislação criminalizando a prática, o C/MGF continua a ser praticado no Senegal com impunidade. A lei não foi suficientemente implementada nem aplicada. Desde a adoção da lei em 1999, apenas um pequeno número de indivíduos foram acusados de C/MGF. As excisadoras ou membros da

família que foram acusados, não cumpriram a sentença de prisão máxima e foram libertados mais cedo. De acordo com os inquiridos (incluindo representantes do Governo, sociedade civil e organizações internacionais), o número de casos de tribunal não é representativo da incidência do C/MGF no Senegal. Uma das razões prende-se com a recusa das pessoas em participar os casos à polícia. Um representante de uma organização internacional respondeu da seguinte forma: “A lei não é o problema. A lei está lá e é boa. Mas a comunidade não participa os casos de MGF à Justiça”. O Senegal não estabeleceu um mecanismo nacional para a implementação e monitorização da legislação e aplicação da lei, e os recursos adequados não foram disponibilizados para a implementação dos quadros legislativos destinados a eliminar o C/MGF.

O mesmo se aplica à implementação dos PAN e políticas públicas. Apesar destas políticas terem muito potencial em relação à coordenação de ações no campo do C/MGF no Senegal, elas não são bem implementadas. Os mecanismos de responsabilidade (*accountability*) adequados, aos níveis nacional e local, para monitorizar a adesão e implementação dos quadros jurídicos, não existem. O Conselho Nacional para a Promoção do Abandono do C/MGF (*Conseil National de Promotion de l'Abandon de l'Excision*) devia ser criado pouco tempo depois da adoção do PAN, como organismo político de orientação e decisão ao mais alto nível. Além disso, deviam ser criados um Comité de Coordenação Técnica Nacional, um Comité Regional e um Comité Departamental. Contudo, no período correspondente à minha pesquisa, havia muitos problemas em relação à implementação desta estrutura nos diferentes níveis e nenhum dos Conselhos ou Comités estava operacional. nenhuns recursos foram alocados para a implementação de políticas e programas pelo governo senegalês: em lugar disso, foi o Programa Conjunto UNFPA-UNICEF que alocou recursos financeiros para a implementação dos PAN.

O Senegal não está em conformidade com a obrigação de dar o apoio adequado às vítimas de C/MGF, nem com a obrigação de proteger mulheres que estão em risco de serem sujeitas ao C/MGF. Os interlocutores explicaram que não há serviços de apoio social e/ou psicológico específicos e adequados destinados a raparigas e mulheres que tenham sido sujeitas ao C/MGF ou que estejam em risco. Mais especificamente, no período em que realizei a minha investigação, não havia linhas de apoio, serviços de acolhimento especializados ou casas seguras para mulheres e raparigas em risco ou fugindo do C/MGF.

O Senegal não está em conformidade com a obrigação de criar uma consciencialização pública em todos os setores da sociedade no que respeita ao C/MGF, através de informação, educação formal e informal, e programas de proximidade. A sensibilização no Senegal é feita sobretudo por OSC e os interlocutores foram

críticos acerca do papel do Governo neste domínio. Muitos dos interlocutores (incluindo representantes do Governo, organizações internacionais e sociedade civil) explicaram que a sensibilização sobre o C/MGF não está integrada nos currículos dos/as alunos/as (por ex. de Medicina, Direito, Serviço Social). Não há programas de formação em C/MGF para profissionais da saúde (médicos/as, enfermeiros/as, parteiros/as, psicólogos/as) detetarem e prestarem aconselhamento às mulheres que foram submetidas ao C/MGF. Atividades de educação informais e não formais, e formações em C/MGF, são esporadicamente oferecidas a setores relevantes. O Governo não promove processos educativos de empoderamento e que sejam sensíveis ao género. Se há iniciativas a este nível, elas são levadas a cabo por agências das Nações Unidas e por OSC.

Finalmente, a maioria dos interlocutores argumentou que o C/MGF continua a estar mal documentado e exprimiram a grande necessidade de mais investigação e recolha de dados sobre o C/MGF no Senegal. Um representante de uma organização internacional disse que o C/MGF é muito complicado e explicou que: “precisamos de investigação qualitativa para perceber as dinâmicas da prática”. Os interlocutores explicaram que esta pesquisa é particularmente necessária uma vez que as atitudes em relação ao C/MGF aparentam ser prometedoras, com 80% da população favorável ao abandono da prática.

Fatores explicativos da (não) conformidade com o quadro dos direitos humanos

Tendo em conta aquilo que se disse acima, a conformidade do Senegal com o quadro dos direitos humanos para a eliminação da prática do C/MGF é de alcance limitado. A questão mais importante é obviamente: quais são as razões? A minha investigação de doutoramento demonstra que não há uma resposta taxativa à “questão da conformidade” em relação à prática do C/MGF no Senegal, mas uma complexa mistura de fatores a interagir, gerando o comportamento do Senegal. Os fatores mais importantes serão brevemente abordados nos parágrafos seguintes.

Pressão de grupos influentes

Grupos influentes e/ou grupos de interesse internos influenciam a conformidade positivamente e negativamente no Senegal. Em primeiro lugar, a pressão e influência dos marabus é um importante fator em relação à “questão da conformidade” no Senegal. A população do Senegal é predominantemente muçulmana (94%) e os marabus têm uma grande influência na sociedade senegalesa. A população senegalesa (incluindo, entre outros, os políticos, juizes e oficiais de polícia) são renitentes ou incapazes de se opor aos marabus. Os interlocutores

explicaram que as esferas de influência dos marabus chegam literalmente a todos os setores da vida. Um interlocutor explicou: “Eles [muçulmanos do Senegal] não fazem as suas próprias escolhas, mas acreditam naquilo que os marabus lhes dizem. Aceitam-no simplesmente”. Frequentemente, a posição do marabu é mais importante do que a do governo senegalês ou das leis nacionais. Os marabus têm também uma grande influência em relação à prática do C/MGF, uma vez que todos são a favor da prática e defendem o C/MGF como parte da sua religião e tradição. Quando a Lei nº 99-05 criminalizando o C/MGF foi debatida no Parlamento, o marabu supremo do norte do Senegal, Thierno Mountaga Tall, promulgou uma *fatwa* em que citou um *hadith* do Profeta, do qual inferiu que o C/MGF “é um corolário da circuncisão [...] e ambas as operações são elementos intrínsecos da natureza humana” (Ndoye, 2011, p. 134). Além disso, os marabus incitaram os deputados muçulmanos a votar contra a proposta de lei. A influência dos marabus fez-se sentir não só em relação à adoção da lei mas também nos casos em tribunal, onde influenciaram os resultados.

Em segundo lugar, a pressão e influência da sociedade civil é um fator importante em relação à “questão da conformidade” no Senegal. A sociedade civil no Senegal é muito forte e as OSC têm uma voz importante. As OSC no Senegal pressionaram o Governo para ratificar os tratados de direitos humanos. Os ativistas e as OSC tiveram particular importância em trazer o assunto do C/MGF para o público em geral nos anos 1990, e também na pressão para a adoção de uma lei nacional criminalizando o C/MGF. As OSC têm um papel importante a desempenhar em relação à questão da conformidade, uma vez que fazem muito trabalho no campo do C/MGF no Senegal. Um representante da sociedade civil explicou: “Nas comunidades, as ONG fazem a implementação, em lugar do Estado”.

Personalidades políticas importantes

O papel das personalidades políticas também influencia a conformidade no Senegal. O Presidente Léopold Sédar Senghor, o Presidente Abdou Diouf e Ndèye Soukéye Gueye foram mencionados como pessoas influentes no processo de conformidade positivamente e/ou negativamente. Os interlocutores mencionaram o Presidente Léopold Sédar Senghor em relação ao quadro de direitos humanos em geral. Foi alguém comprometido com a consolidação da democracia e com o primado do direito, tal como com o respeito pela proteção dos direitos humanos. Os interlocutores descreveram-no como alguém de “mente muito aberta” e “encorajador” nesse sentido. Em relação à prática do C/MGF especificamente, os interlocutores explicaram que o presidente Abdou Diouf teve um papel importante. Foi um acérrimo defensor dos esforços para acabar com o C/MGF e tomou a

dianteira para acabar com o C/MGF no Senegal. Os interlocutores caracterizaram-no como um advogado dos direitos humanos. No seu discurso de 1997, onde abertamente tomou uma posição contra o C/MGF no Senegal, foi repetidamente referido durante as entrevistas como um momento decisivo no Senegal. Além destas, outra pessoa mencionada nas entrevistas foi Ndèye Soukèye Gueye, que esteve durante muito tempo à frente do Departamento da Família. Os interlocutores argumentaram que enquanto esteve no poder as coisas em relação ao C/MGF andaram rápido e o quadro estava a ser implementado. Foi elogiada pelo seu papel durante o seu mandato no Ministério. Contudo, este fator também pode influenciar a conformidade negativamente. Pouco depois de o Presidente Abdou Diouf exigir uma lei criminalizando o C/MGF no Senegal no seu Conselho de Ministros, recuou e disse que a lei tinha a intenção de ter uma natureza simbólica (Shell-Duncan *et al.*, 2013, p. 817).

Falta de capacidade e de recursos ao nível do Governo

Há uma falta de recursos materiais, humanos e financeiros no Departamento da Família (*Direction de la Famille*) do Ministério das Mulheres, Família e Crianças (*Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance*), que é o órgão coordenador do governo senegalês responsável pelas atividades relacionadas com o C/MGF. A fraca capacidade do Departamento da Família e a falta de apropriação, coordenação e cooperação ao nível nacional (com outros ministérios, mas também com outros atores no terreno) contribui para a não conformidade com o quadro dos direitos humanos. Esta falta de capacidade provou ser um problema não apenas ao nível ministerial mas também em relação às Instituições Nacionais de Direitos Humanos (NHRI) ao nível nacional. As autoridades senegalesas criaram um quadro institucional impressionante, constituído por muitas NHRI envolvidas na promoção e proteção dos direitos humanos, mas não há uma divisão clara de tarefas ou coordenação entre estas instituições.

Falta de dissuasão

Apesar dos relatórios periódicos aos *Treaty Monitoring Bodies*⁶ (TMB) serem uma obrigação legal, os atrasos e o franco falhanço na submissão dos relatórios têm sido características permanentes do sistema TMB. O Senegal não está em conformidade com as suas obrigações de relatório, uma vez que nas últimas três décadas demonstrou sempre atrasos extremos (por exemplo de 22 anos entre

⁶ N.T.: Opta-se por se manter esta expressão em inglês pois ela é usada consistentemente na literatura sob esta forma. Já as traduções encontradas em língua portuguesa não têm uma forma fixa, pelo que uma tradução demasiado à letra poderia gerar confusões fazendo crer que se trata de um conjunto de instituições especialmente criadas para o efeito, quando na verdade são órgãos dentro das diferentes instituições que velam pelos tratados.

relatórios submetidos ao Comité CEDAW) na submissão de relatórios periódicos. Além disso, uma das fragilidades do mecanismo de monitorização é a falta de incentivo para reportar os próprios erros. O Senegal demonstrou-se demasiado otimista nos seus relatórios aos TMB e na Revisão Periódica Universal sobre as medidas tomadas e o progresso feito em relação à eliminação do C/MGF no Senegal. Em muitos dos relatórios nacionais, a informação disponibilizada pelo governo do Senegal não correspondeu à realidade. Os TMB têm pouco poder para forçar os Estados à conformidade com os procedimentos e algumas preocupações com a eficácia do sistema têm sido expressas. O problema é a falta de poder de dissuasão, uma vez que os mecanismos de monitorização das Nações Unidas e da União Africana são, em larga medida, impotentes para forçar o Senegal a ser responsável ou punir o Estado quando não está em conformidade com o quadro de direitos humanos.

Legitimidade e justiça

As considerações em relação à legitimidade e à justiça também desempenham um papel importante no Senegal. Costumes locais chocaram com normas dos direitos humanos, o que foi por exemplo claramente observável em relação à adoção da Lei nº 99-05 criminalizando o C/MGF em 1999. Houve uma resistência generalizada contra a promulgação da lei. A resistência veio em primeiro lugar das próprias comunidades, que tinham uma longa história de prática do C/MGF. Sentiram que a sua cultura local estava a ser ameaçada. As comunidades praticantes consideravam o C/MGF como uma norma positiva e não aceitaram a lei. Não podiam identificar-se com uma lei “injusta”. Os interlocutores explicaram que enquanto as pessoas apoiassem a prática, uma lei nacional criminalizando o C/MGF não as impediria de continuar. O UNFPA explica que ao nível local, as normas sociais têm normalmente:

mais influência sobre o quotidiano das pessoas do que as ações do governo nacional. Do ponto de vista da sociedade, o poder reside no nível da comunidade. As pessoas dão mais atenção às normas sociais – e aos líderes locais que as apoiam – do que ao nível nacional. Identificam-se com as normas sociais de forma mais vincada, mesmo que saibam que existe uma lei nacional (UNFPA-UNICEF, s.d., p. 4).

Preocupações reputacionais

As preocupações reputacionais são também importantes em relação à “questão da conformidade”. O Senegal tem medo de ferir a sua reputação, uma vez que gosta de ser visto como um país respeitador na promoção e proteção dos direitos humanos. Os interlocutores explicaram que o Senegal é, em geral, um

país bastante orgulhoso. Mais especificamente, orgulhoso de ser uma exceção na região no que concerne ao nível de democracia e ausência de golpes militares. Um dos interlocutores argumentou: “Somos vistos como um bom modelo de democracia africana”. O Senegal quer manter essa posição e almeja estar “à frente” dos outros países. Quer ser percebido como um exemplo para os outros países africanos e vê-se como um “líder” na África Ocidental.

Pressão da comunidade internacional

Em geral, os interlocutores explicaram que o Senegal sente pressão da comunidade internacional para estar em conformidade com o quadro dos direitos humanos. Os interlocutores responderam, por exemplo, que o Presidente Léopold Senghor “queria agradar ao Ocidente de tal maneira que aceitava tudo”. Alguns interlocutores apontaram o fator económico como jogando um papel na ratificação dos tratados e na conformidade. Argumentaram que a conformidade com o quadro de direitos humanos garante ajuda ao Senegal; a distribuição de ajuda externa entre países recetores é, de acordo com alguns interlocutores, um importante fator que leva o Senegal a conformar-se.

Conclusão

O governo senegalês está muito otimista em relação ao progresso feito para a eliminação do C/MGF no país. O governo do Senegal considera nos relatórios nacionais submetidos aos *Treaty Monitoring Bodies* (TMB) que há “progressos significativos” (CAT, 2012, p. 9, para. 69; CRC, 2006, p. 22), que “passos gigantes” (ACERWC, 2009, p. 27) foram dados, e que “resultados significativos foram alcançados” (United Nations General Assembly, 2013, p. 24) em relação à eliminação do C/MGF no Senegal.

Contudo, apesar dos esforços do governo senegalês, as organizações internacionais (incluindo o Programa Conjunto UNFPA-UNICEF) e as OSC – que têm de ser reconhecidas –, a minha investigação de doutoramento mostra que o alcance da conformidade com o quadro de direitos humanos em relação ao C/MGF no Senegal é limitado. A esmagadora maioria dos meus interlocutores expressou a sua preocupação com o hiato entre a propensão do Senegal para aderir aos tratados de direitos humanos internacionais e regionais, por um lado, e conseguir que a prática de direitos humanos esteja em conformidade com os tratados, por outro lado. A maioria dos interlocutores (maioritariamente representantes de organizações internacionais e da sociedade civil, mas também alguns representantes do Governo) argumentaram que não veem o compromisso do governo senegalês em dar passos para eliminar o C/MGF na realidade. Um representante de

uma organização internacional reclamou por exemplo que: “O facto de o Senegal estar a ratificar todos esses tratados e convenções não quer dizer que a situação dos direitos humanos no terreno seja muito melhor comparativamente à situação dos direitos humanos de outros países similares na região”. Um representante da sociedade civil disse: “Ratificamos muito, mas a implementação é muito limitada, às vezes mesmo inexistente”. A minha investigação conclui que há uma clara necessidade de intensificar, expandir e melhorar os esforços em relação ao C/MGF, para que uma maior conformidade em relação ao quadro de direitos humanos possa ser atingida. Muito trabalho há ainda para ser feito para proteger as raparigas e mulheres do Senegal que vivem atualmente com as consequências do C/MGF e para prevenir que centenas de milhares de raparigas e mulheres em risco sofram desta prática no futuro (próximo). Espero que a minha investigação contribua para trazer mudanças positivas para estas raparigas e mulheres.

Referências

- ACERWC (African Committee of Experts on the Rights and Welfare of the Child). (2009). *Initial, first and second report of Senegal (1998-2009)*.
- CAT (United Nations Committee Against Torture). (2012, 13 de novembro). *Summary record of the 1109th Meeting*. CAT/C/SR.1109.
- CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child). (2006, 10 de agosto). *Written replies by the Government of Senegal to the list of issues relating to the consideration of the second periodic report of Senegal*. CRC/C/SEN/Q/2/Add.1.
- Ndoye, M. (2011). *Le processus de pénalisation de l'excision au Sénégal: Enjeux et perspectives pour les droits sexuels des femmes*. Institut de Hautes Études et du Développement, Thèse de Doctorat n° 901, Genebra, Suíça.
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2013). Legislating change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal. *Law & Society Review*, 47(4), 803-835.
- UNFPA-UNICEF (United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund). (s.d.). *Senegal: Human rights key to ending FGM/C. Legislation is just one aspect of an effective campaign*. Disponível em http://www.unfpa.org/gender/docs/fgmc_kit/LawSenegal.pdf (consultado a 14 de outubro de 2017).
- United Nations General Assembly. (2013, 23 de julho). *National Report of Senegal*. Human Rights Council, A/HRC/WG.6/17/SEN/1.

6.

**Estratégias e Ações de Promoção do Abandono
da Excisão e as Determinantes
Socioantropológicas da Excisão na Guiné-Conacri**

Alpha Amadou Bano Barry

Universidade de Sonfonia

Guiné-Conacri

A excisão é uma prática antiga que afeta entre 100 e 140 milhões de mulheres no mundo. A maioria dessas mulheres vive na África subsariana, onde nove países têm taxas de prevalência superiores a 80%. São eles a Gâmbia (80%), o Sudão (88%), a Serra Leoa (88%), o Mali (89%), a Eritreia (89%), o Egito (91%), o Djibouti (93%), a Guiné-Conacri (96%) (MASPFE, 2013) e a Somália (98%).

Desde há mais de trinta anos que se realizam vários e diversos esforços em todos estes países, através de uma multiplicidade de abordagens e estratégias, de centenas de intervenientes nacionais e estrangeiros e de importantes financiamentos, com o objetivo de reduzir a taxa de prevalência da excisão. Apesar destes esforços a excisão não diminuiu na maioria dos países africanos e em particular na Guiné-Conacri, onde, de acordo com os dados disponíveis, está aliás a progredir. Quais as determinantes socioantropológicas da excisão na Guiné-Conacri? Quem são os atores que estruturam e reestruturam a prática da excisão? Quais são as estratégias e as ações que foram desenvolvidas durante estes trinta anos e quais os efeitos observáveis dessas estratégias? Que mudanças foram efetuadas? Finalmente, o que devemos fazer para inverter esta tendência?

Este artigo apresenta algumas respostas a estas questões através da utilização de dados de dois estudos. Um foi realizado em 2015 e aborda as determinantes socioantropológicas da excisão na Guiné-Conacri e o segundo é de 2016 e é centrado na avaliação de projetos e programas de promoção do abandono da excisão.

Metodologia

Nos dois estudos, dois questionários e entrevistas individuais e de grupo completaram a pesquisa documental. No primeiro estudo, 2179 pessoas foram entrevistadas através de um questionário em nove municípios (Forécariah, Boké, Gaoual, Kindia, Labé, Kouroussa, Kankan, Guéckédou e N'zérékoré), em duas comunas de Conacri (Ratoma e Matoto), em 18 submunicípios e/ou municípios

urbanos e 103 bairros e/ou aldeias. Foram realizadas sessenta entrevistas individuais e três entrevistas de grupo completaram o dispositivo de pesquisa do primeiro estudo.

Destas 2179 pessoas, 56% eram homens e 44% eram mulheres. Destes, 52% eram chefes de família (1229 agregados familiares). Dos 1229 agregados familiares, 670 eram compostos por homens com o estatuto de “chefe de família” e 559 eram compostos por mulheres com o estatuto de “esposas do chefe de família”. Nesta amostra, 189 eram líderes religiosos e/ou comunitários, 208 eram agentes de saúde e/ou excisadoras, 212 eram professores/as, 160 eram membros de associações e/ou ONGs e 181 eram raparigas entre os 6 e os 15 anos de idade.

No segundo estudo, o questionário utilizado permitiu inquirir 1980 pessoas de um total de 2497 visadas na amostra de partida. Os respondentes-alvo vivem em doze comunas (sete urbanas e cinco rurais) da Guiné-Conacri (Ratoma, Matoto, Forécariah, Télimélé, Mamou, Labé, Pita, Kouroussa, Kankan, Guéckédou, Kissidougou e N’Zérékoré). No interior das comunas, as pessoas inquiridas provêm de 46 bairros e/ou distritos e de cerca de 105 setores e/ou aldeias; 58% das pessoas interrogadas vivem em zonas rurais e 42% em zonas urbanas. Foram realizadas 60 entrevistas individuais e três entrevistas de grupo.

Das 1980 pessoas inquiridas, 4 são médicos/as, 18 são enfermeiros/as, 68 são parteiras, 43 são técnicos/as de saúde e 9 declararam ser agentes de saúde sem especificar as suas qualificações. A pesquisa também encontrou 39 mulheres que declararam ser excisadoras “tradicionais”.

Dos 1980 inquiridos, 197 são líderes comunitários (imãs, muezzins, chefes costumeiros, etc.); 113 desses líderes comunitários foram entrevistados em zonas rurais e 84 em zonas urbanas.

Resultados

Após a recolha, tratamento e análise dos dados do primeiro e segundo estudos, é possível organizar os resultados utilizando as principais questões colocadas. A primeira questão, a mais antiga e menos abordada na promoção do abandono da excisão, refere-se às determinantes socioantropológicas da excisão.

Quais são as determinantes socioantropológicas da excisão na Guiné-Conacri?

A primeira razão avançada para a realização da excisão, e que constitui o seu fundamento, é o “respeito pelo costume”. Também referido como “fazer o que outros fazem”. O que na realidade vai dar ao mesmo: conformar-se às normas coletivas dominantes. Aquilo que Bourdieu chamou de *habitus*.

O segundo motivo apontado para a realização da excisão é que “ajuda à abstinência”¹. Na verdade, a sexualidade feminina é restringida para que a rapariga possa chegar virgem ao casamento e honrar a sua família, em particular a sua mãe, que assim mostrará a sua capacidade educacional e de controlo sobre a sexualidade da sua filha.

Esta razão esconde uma espécie de ansiedade que está ligada à crença de que uma menina que se prostitui é alguém que tem uma intensa necessidade de relações sexuais. Também esconde um motivo, que não é referido, mas do qual os adultos são conscientes: favorecer o funcionamento da poligamia através da redução do desejo sexual das mulheres, permitindo assim que os homens tenham várias esposas.

Os argumentos em torno das exigências religiosas também são referidos para justificar a excisão. Neste caso, a excisão aparece como uma recomendação para assegurar a purificação da mulher para a oração e para preparar a comida do marido. No entanto, os dados mostram que o argumento da religião é um “envelope” para legitimar uma prática.

O argumento da iniciação à socialização é facilmente mencionado, mas raramente é defendido com firmeza, uma vez que a excisão atualmente é feita principalmente na casa dos pais das meninas, e muitas vezes quando elas ainda são de tenra idade. Os raros casos em que a iniciação faz sentido têm lugar nas comunidades florestais, quando elas ainda vivem nessa região da Guiné-Conacri.

Quem são os atores que estruturam e reestruturam a prática da excisão?

Os resultados obtidos sugerem que a excisão é um processo com etapas, questões familiares e de estatuto, trocas, segundas intenções e atores. Os atores desempenham papéis diferentes e não têm todos o mesmo peso.

Entre esses atores, um dos papéis principais é desempenhado pela mãe (no primeiro e segundo estudos) no desencadear do processo de excisão, na escolha do tipo de excisão e no financiamento da operação. Embora seja a mãe que determina o tipo de excisão, acontece com frequência que as excisadoras acabam por interpretar essa decisão praticando um tipo de corte de acordo com as suas próprias considerações sobre qual é a melhor escolha.

Mesmo se num passado relativamente distante a posição do pai estava muito atrás da das avós e das tias paternas, na geração atual isso já não se verifica, pois agora o pai intervém no tipo de excisão infligida às suas filhas.

¹ Na realidade atual, o facto de chegar ao casamento sem antes ter tido um filho é largamente suficiente para acreditar a tese da “virgindade”.

Se este recentramento do pai no cerne do dispositivo da excisão for confirmado, o pai torna-se não apenas naquele que tem autoridade para se opor à prática, mas também, com a sua esposa, naquele que determina o tipo de excisão a ser infligido às suas filhas.

O pai e a mãe não são quem acompanha as suas filhas aos serviços de saúde. Nessa tarefa, as “tias paternas” e as *homonymes*² são muito mais ativas e precedem as mães.

Enquanto o pai era o principal contribuinte para o financiamento da excisão das filhas mais velhas, atualmente assistimos a uma nova configuração onde o pai está a recuar e a mãe está agora a assumir a responsabilidade financeira.

A mãe é seguida, de longe, na capacidade para iniciar o processo, pelas tias paternas, pela avó, pela excisadora e, finalmente, pelo pai. As tias maternas são as que se seguem nesta hierarquia e precedem as *homonymes* da menina a ser excisada, e são muito importantes especialmente na região florestal (Kpèlès, Kissis e Tomas). Entre os Sussu, a avó também contribui quando se trata de financiar a excisão.

O poder das mães no processo de excisão das suas filhas não lhes dá totalmente a capacidade de se opor devido ao medo que sentem de serem criticadas pela família do marido, particularmente pelas irmãs do marido, e também devido ao futuro casamento das suas filhas. O peso real das mães no processo de excisão parece estar correlacionado com a sua própria pertença étnica.

O pai desempenha um papel secundário, depois da mãe, no processo de excisar ou não as suas filhas, mas é-lhe reconhecida a capacidade de se opor à prática nas suas filhas. Esse poder é real. Ele não exerce esse poder por medo de ser criticado pelas suas irmãs (as famosas tias paternas) e/ou pela sua mãe. Mas a verdadeira preocupação dos pais é a perda de estatuto dentro da comunidade masculina, sobretudo nas zonas rurais. Esta preocupação do pai é reforçada pela da esposa, que teme que o seu marido deixe de participar nas decisões coletivas devido à sua recusa em submeter-se a uma regra coletiva comunitária.

Entre os atores que desempenham papéis significativos, temos que destacar os religiosos. A posição dos religiosos, em particular da religião muçulmana, é ambivalente. Os crentes têm dificuldade em decifrar a posição clara dos imãs, que às vezes “desencorajam” e às vezes “incentivam” [a prática], ou simplesmente mantêm-se em silêncio, ou simplesmente transformam-se em “especialistas em excisão”, indicando mesmo qual o comprimento do corte a ser feito.

² N.T.: *Homonyme* é o termo francês utilizado mais regularmente na África Ocidental francófona para a pessoa que dá/escolhe o nome a uma criança. Esta pessoa desempenha um importante papel ao longo da vida da criança.

Esta ambivalência esconde especificidades que vão desde a abertura da Fraternidade Tidjania em relação à promoção do abandono da excisão, à oposição da Quadria (minoritária na Guiné-Conacri), mas principalmente à oposição dos Wahhabitats (em expansão).

Existem famílias que não realizam a excisão e não tentam escondê-lo, mas que apenas raramente se mobilizam. Perante isto, essas famílias não têm influência sobre aqueles que praticam a excisão.

Quais as estratégias e ações desenvolvidas ao longo dos últimos trinta anos e quais os efeitos observáveis dessas estratégias?

É possível apresentar esquematicamente as abordagens, com as combinações e justaposições de alguns atores no terreno, em sete pontos:

- A abordagem sanitária, com a formação de profissionais de saúde para criar atores de mudança;
- A abordagem centrada nos direitos humanos e no desenvolvimento social integral (declaração pública de abandono ou não);
- A abordagem “religiosa”;
- A formação e reconversão das excisadoras;
- A transformação dos ritos de passagem com o desenvolvimento de ritos alternativos;
- A informação sobre os riscos para a saúde (Informação, Educação e Comunicação - IEC);
- A abordagem jurídica.

Estas diferentes abordagens foram experimentadas em quase todas as localidades (municípios, comunas, bairros e setores) do país. Existe uma abordagem recente baseada na identificação e proteção das meninas não excisadas, que está a ser experimentada na Guiné-Conacri, mas que ainda não possui bases teóricas ou o afastamento suficiente para que possamos apresentá-la em pormenor neste artigo.

Quando olhamos para a opinião das populações entrevistadas sobre as estratégias desenvolvidas no país, observa-se que a sensibilização não é vista como sendo a mais apropriada. Esta estratégia só tem opinião favorável de 1% das pessoas inquiridas.

O uso de SMS e das redes sociais é recente e ainda não chegou a muitas pessoas. Apesar disso, e apesar das dificuldades de utilização que exigem conhecimento e competências em língua francesa, as redes sociais e as SMS aparecem como uma estratégia que pode ser eficaz, pertinente e duradoura na promoção do abandono da excisão em determinadas circunstâncias, principalmente junto da juventude.

A mesma situação de exposição fraca é observável em mesas-redondas e em diferentes fóruns. Não obstante essa situação, as populações entrevistadas apreciam o facto de terem direito a fazer uso da palavra nesses espaços de troca.

Os ritos alternativos são entendidos como a primeira estratégia apropriada para garantir a promoção do abandono da excisão. Esta grande consideração pelos ritos de iniciação decorre da alta adesão a eles por parte das pessoas inquiridas nas zonas rurais, e sobretudo na região florestal (Guéckédou, Kissidougou, N'Zérékoré).

As visitas domiciliares e o diálogo entre gerações também são fortemente desejados pelas pessoas que vivem em zonas rurais. Inversamente, as declarações de abandono e as mesas-redondas são consideradas inadequadas. Os materiais de apoio à educação são a única estratégia que parece constante junto das pessoas inquiridas. Infelizmente, essa estratégia ainda permanece marginal no terreno.

A reconversão das excisadoras também é uma das estratégias mais antigas empregues na Guiné-Conacri e é bem conhecida pelas pessoas inquiridas devido à sua forte mediatização. No entanto, as pessoas inquiridas (cidadãos, profissionais de saúde e excisadores) concordam que, depois da “deposição das facas”, as excisadoras são substituídas por membros das suas famílias e especialmente por agentes de saúde. Esta substituição por agentes de saúde incentiva a prática devido à redução dos riscos sanitários.

A identificação e proteção das meninas são bem vistas pelas pessoas que vivem em zonas rurais. No entanto, as pessoas inquiridas têm consciência da dificuldade em manter as meninas definitivamente protegidas da excisão, devido ao escárnio e à rejeição a que são sujeitas pelas pessoas que lhes são mais próximas e que as conhecem.

Em suma, esta estratégia é difícil de implementar devido a certas restrições, como a veracidade das declarações de ONGs e a vigilância das meninas. Sendo assim, é difícil assumir qual o papel que pertence às famílias, ou seja, a responsabilização dos pais de proteger as suas filhas contra formas de violência.

Podemos inscrever a penalização da excisão neste mesmo registo, mas com uma diferença: a existência de órgãos de controlo e de sanções contra desvios do arsenal jurídico. No entanto, a realidade do terreno sugere um uso reduzido do arsenal jurídico por parte dos guardiães da lei.

Que mudanças foram alcançadas?

Após trinta anos de promoção do abandono da excisão, podemos observar modificações no comportamento das populações. Essas mudanças não podem

ser facilmente atribuídas a uma única estratégia, além das referentes às opiniões que podemos, em grande medida, vincular às campanhas de IEC.

A análise de impacto realizada neste estudo permite-nos afirmar que certas opiniões, desejadas e defendidas por essas estratégias, acabaram por se estabelecer. É o caso da desconstrução da ligação entre religião e excisão. Os dados recolhidos indicam que sete em cada dez pessoas inquiridas sabem que a religião, particularmente a religião muçulmana, não obriga à excisão.

Esta opinião estabelecida não pode excluir os líderes muçulmanos dos atores com os quais se tem de trabalhar, porque são considerados por todos os intervenientes como atores que influenciam e até incentivam à prática da excisão, mesmo que digam o contrário nas entrevistas.

Outra opinião estabelecida é a aprovação, com uma taxa de 83%, das diferentes mensagens que promovem o abandono da excisão. Esta forte aprovação esconde ligeiras diferenças entre pessoas que vivem em zonas urbanas e rurais.

A prevalência permanece elevada, mas há sinais que sugerem uma tendência para a diminuição que ficou evidenciada nos DHS de 2005 e 2012 e que foram confirmados pelo presente estudo com uma prevalência de 96% nas mães e 40% nas suas filhas. É verdade que várias mães disseram que aguardavam a disponibilidade das suas filhas (durante as férias escolares), a idade das filhas e os meios para as submeter a uma excisão, mas é muito provável que a proporção de meninas da última geração seja menos importante do que a das mães.

As mudanças mais significativas são observáveis no local, idade, número, tipo, período, idade da excisão e os atores que intervêm no processo de excisão. A excisão passou do “mato”, com excisadoras tradicionais, para as estruturas de saúde. Antigamente, apenas 18% das mães foram excisadas num serviço de saúde (podemos dizer durante os primeiros quinze anos de independência da Guiné-Conacri), mas agora é esse o caso de 31% das filhas mais velhas, 34% das que se seguem e 42% das filhas mais novas.

Uma outra tendência que começa a ser notada em relação ao local da excisão é o facto de a excisão se estar a deslocar para a casa dos pais ou a casa da excisadora nas zonas rurais. O facto de se transformar a casa da excisadora num lugar duplo, quer de excisão quer de convalescença, perpetua a tradição da casa de excisão dos tempos antigos, com a excisadora a atuar como “agente sanitária” e “guardiã da tradição e da difusão iniciática”, como nos tempos antigos.

Esta medicalização da excisão é um ganho em termos de saúde, mas não protege completamente a excisão das complicações sanitárias logo após o ato. Noventa famílias (54 em zonas rurais e 36 em zonas urbanas) indicaram ter constatado complicações sanitárias logo após a excisão das suas filhas.

A idade da excisão está a diminuir e agora situa-se entre os 7 e os 10 anos e entre os 10 e os 13 anos de idade na maioria dos casos. Após os 13 anos de idade, a intensidade diminui significativamente até se tornar rara após os 16 anos, exceto na região florestal, onde a excisão é também iniciática. As variações entre zonas urbanas e rurais são fracas, com exceção da excisão após os 16 anos e que diz respeito apenas às zonas rurais.

Afigura-se que a multidão de meninas que caminham pelas ruas nas suas roupas características é invisível, porque a excisão tornou-se individualizada nas zonas urbanas, mesmo que permaneça coletiva nas zonas rurais.

Estudos realizados durante o período colonial, como o de Cheron (1933), indicam que a excisão era feita “três meses após a colheita, entre o décimo e o décimo quinto dias do calendário lunar, durante a estação fria (janeiro-fevereiro), pela manhã, com o nascer do sol, numa quinta-feira” (Cheron, 1933, p. 297). De facto, após a colheita (a abundância convida à festa) e sob a luz da lua, para aproveitar a iluminação natural para organizar as festas, algumas pessoas mais velhas acrescentaram, durante as suas entrevistas, que o período da lua cheia era considerado um bom momento para a fácil cicatrização das feridas.

A situação atual mostra os efeitos da escolaridade sobre o período da excisão. Com efeito, independentemente do município ou da área de residência, as férias escolares são o principal período de excisão na Guiné-Conacri. Esse período de grandes chuvas abrange não só as meninas que frequentam a escola, mas também as que se encontram fora do sistema escolar.

As modificações mais tangíveis provocadas pelas campanhas de promoção do abandono da excisão podem ser observadas sobretudo no tipo de excisão. Se no tempo das mães o tipo dominante era “tirar tecido da zona vaginal”, com 70% das mães entrevistadas, esta proporção diminuiu para 61% entre as primeiras filhas, antes de diminuir ainda mais para 41% nas filhas mais novas.

O “entalhe”, feito em 28% das mães, passou para 43% nas suas filhas mais velhas e para 54% nas suas filhas mais novas. No tempo das mães, ninguém fazia o “*faire-semblant*”³ e muito poucos praticavam o “fechamento da vagina”. O *faire-semblant* progride lentamente entre as meninas nas zonas rurais, passando de 1% para 2% e um pouco mais rapidamente nas zonas urbanas, passando de 1% para 5%.

O principal tipo de excisão muda. O lugar da excisão também segue a mesma tendência. Foi, assim, deslocado do mato para a casa dos pais, depois de ter passado durante um período pelas estruturas sanitárias, que continuam a ser o segundo lugar de excisão na Guiné-Conacri. Este deslocamento leva a excisão

³ Ferida simbólica, sem sangramento.

para fora da esfera pública (e dos olhares de outras pessoas) para colocá-la no centro da casa da família. As estruturas sanitárias em que a excisão é realizada são, em primeiro lugar, os centros de saúde, ultrapassando as clínicas e os postos de saúde.

Finalmente, os impactos mais significativos são no domínio dos indicadores de processo (número de pessoas mobilizadas, informadas e/ou sensibilizadas, número de workshops, etc.). Há progressos reais na formação, nas ferramentas teóricas e na prática dos atores da excisão (agentes de saúde e excisadoras, religiosos, oficiais do tribunal, jornalistas e outros atores). No entanto, esses atores ainda não desempenharam plenamente o seu papel em termos de impacto sobre o abandono da excisão. Podemos, na verdade, afirmar que os efeitos de *boomerang*⁴ são importantes sobre certos atores, como o pessoal de saúde, devido à forte medicalização da excisão.

Para concluir, podemos dizer que as campanhas de promoção do abandono da excisão permitiram consolidar opiniões, mas ainda não as atitudes e comportamentos esperados: a diminuição significativa na prevalência da excisão. A maior parte do trabalho ainda está por fazer, operando “a totalidade das mudanças significativas e duradouras na vida e no ambiente das pessoas e grupos que têm uma relação causal direta ou indireta com os projetos implementados”.

O que podemos fazer para inverter a tendência?

O mais difícil para um investigador é dizer o que se deve fazer. Por essa razão, vou começar por dizer o que não se deve fazer. Os dados disponíveis indicam claramente que é preciso deixar de fazer campanhas com mensagens exclusivamente orientadas para as mulheres, contra elas, como se elas fossem as responsáveis e as culpadas pela situação da excisão.

Além disso, a visibilidade das ONGs internacionais e dos patrocinadores internacionais nas campanhas de promoção do abandono da excisão deve ser reduzida, a fim de evitar que as pessoas “deitem fora o bebê com a água do banho”. Ouvimos cada vez mais os líderes de opinião a dizerem que a campanha contra a excisão é uma questão “ocidental” e que as ONGs locais são meras “marionetas”. Por essa razão, a promoção do abandono da excisão deve deixar de ser “ideológica” para se tornar das populações, assim como do Estado e dos seus serviços, que devem ser o principal portador de ação (recursos humanos, materiais e estratégias).

⁴ Efeitos não previstos pela estratégia.

Esta rutura epistemológica deve ser acompanhada por uma melhor coordenação entre as ONGs que “conhecem tudo melhor do que todos”, com estratégias que gastam muito dinheiro, mas produzem poucos resultados.

Numa campanha de comunicação, a mensagem é tão importante como o portador da mensagem. Infelizmente, a maioria das ONGs nacionais e dos atores estatais exigem da população um comportamento que eles não praticam no seio da sua própria família.

Para inverter a tendência, é necessário agir em várias direções, adaptar as estratégias às realidades regionais, locais e às particularidades comunitárias. Nesse sentido, certas ações parecem dominantes e originais, tais como:

- Mobilizar e tornar visíveis as famílias que não excisam, com o objetivo de criar uma nova dinâmica através da introdução de uma nova realidade socioantropológica.
- Segmentar as ações e o discurso em função dos principais atores (mães das meninas, tias paternas, avós, *homonymes*, imãs e sobretudo os pais) com argumentação cultural específica e mensagens adaptadas. A produção desses elementos de contra-argumentação cultural deve ser sempre precedida de análises socioantropológicas atualizadas regularmente.

Deve ser relevante para todos os parceiros estratégicos e financeiros que o principal instrumento na promoção do abandono da excisão seja o Estado, não as ONGs ou as instituições internacionais. Cabe ao Estado organizar-se como um “exército”, formado por vários órgãos especializados e agindo em conjunto com um Estado-maior orquestrando o conjunto das tropas no terreno. Este Estado-maior só pode ser um serviço do Estado. Um Estado forte e consistente na sua política permitirá credibilizar a ação dos atores no terreno.

E, uma vez que o exemplo tem um papel pedagógico, seria desejável que as mais altas autoridades do país (Executivo e Legislativo) dessem ao povo a prova de que o seu discurso de promoção do abandono da excisão é uma realidade pessoal e familiar, a da sua família em primeiro lugar.

Os documentos de estratégia que propõem inverter as tendências em menos de uma geração devem lembrar-se que a excisão prolonga um sistema social milenar profundamente enraizado. Uma inversão da tendência não pode ser abalada de uma avez em uma, duas ou três gerações. Por isso é preciso ser realista e inscrever a escolaridade das meninas como uma ação de longo prazo, o que permitiria a inversão significativa das tendências da excisão. A boa estratégia deve inscrever-se na duração (um esforço sustentado num longo, muito longo período de tempo) com financiamento suficiente, disponível de forma contínua.

Conclusão

O objetivo deste artigo é o de sintetizar dois estudos anteriores, realizados em 2015 e 2016. O primeiro estudo centrou-se nas determinantes socioantropológicas da excisão na Guiné-Conacri e o segundo aborda a avaliação dos projetos e programas de promoção do abandono da excisão.

Nos dois estudos realizámos uma pesquisa documental minuciosa em duas direções. A primeira consiste em pesquisar e sintetizar a abundante literatura sobre a excisão, e a segunda na pesquisa de estratégias de promoção do abandono da excisão que foram testadas em África e na Guiné-Conacri. Em ambos os estudos, dois questionários e entrevistas individuais e de grupo completaram a pesquisa documental.

No primeiro estudo foram entrevistadas 2179 pessoas, através de um questionário aplicado em nove municípios (Forécariah, Boké, Gaoual, Kindia, Labé, Kouroussa, Kankan, Guéckédou e N'zérékoré), duas comunas de Conacri (Ratoma e Matoto), 18 sub-municípios e/ou municípios urbanos e 103 bairros e/ou aldeias. Foram realizadas sessenta entrevistas individuais e três entrevistas de grupo completaram o dispositivo de pesquisa para o primeiro estudo.

No segundo estudo, o questionário utilizado permitiu inquirir 1980 pessoas, sete comunidades urbanas e quinze rurais (Ratoma, Matoto, Forécariah, Téliélé, Mamou, Labé, Pita, Kouroussa, Kankan, Guéckédou, Kissidougou e N'Zérékoré) em 46 bairros e/ou distritos e 105 setores e/ou aldeias. Foram realizadas sessenta entrevistas individuais e três entrevistas de grupo.

Após a recolha, tratamento e análise dos dados, foi possível formular e dar resposta a cinco grandes questões: Quais são as determinantes socioantropológicas da excisão na Guiné-Conacri? Quem são os atores que estruturam e reestruturam a prática da excisão? Quais as estratégias e ações desenvolvidas ao longo dos últimos trinta anos e quais os efeitos observáveis dessas estratégias? Que mudanças foram alcançadas? O que é preciso fazer para inverter a tendência?

Em relação à primeira pergunta, a excisão tem o seu fundamento na vontade das famílias de “respeitar o costume”, de “fazer como os outros”, isto é, de “conformar-se às as normas coletivas dominantes”.

A excisão revela ser também a estratégia das comunidades para “ajudar à abstinência”, a fim de assegurar a declaração de virgindade no casamento. Na realidade, este ato (a redução do desejo sexual) destina-se a evitar que as raparigas fiquem grávidas antes do casamento. Um casamento sem gravidez antes do casamento honra a família, particularmente a mãe, que terá assim mostrado a sua capacidade de educar e de controlar a sexualidade da sua filha. Além disso,

a crença popular associa, sem qualquer prova, o vínculo entre a prostituição e a intensa necessidade de ter relações sexuais.

No entanto, a excisão também parece ser um instrumento que facilita o funcionamento da poligamia, através da redução do desejo sexual nas mulheres, para que os homens possam ter várias esposas.

Aqueles que sustentam uma argumentação religiosa afirmam que a excisão garante a “purificação da mulher para sua oração e para cozinhar para o marido”. No entanto, é claro que as exigências do islamismo derivam mais das autoridades religiosas do que dos próprios textos sagrados.

Finalmente, a iniciação à socialização continua a ser um vetor de excisão em casos raros, específicos de certas regiões e no seio de comunidades que excisam, por vezes, em idades mais avançadas.

Entre os atores da excisão, a mãe da rapariga desempenha um papel importante no processo (data da excisão, escolha do tipo de excisão e financiamento da operação). Outros atores (irmãs do pai da rapariga, avós e pais) também atuam no processo de excisão.

Os dados mostram que a posição do pai, que é o único capaz de se opor à excisão, começou a tornar-se central no processo de excisão. As tias paternas (irmãs do pai) e as mães são o contrapeso dos pais. O medo do pai decorre da possibilidade de perder o seu estatuto no coração da comunidade masculina (para ser associado às discussões dos homens), sobretudo nas áreas rurais. A esposa também exerce pressão sobre o marido para que ele mantenha o seu lugar “nas discussões dos homens da comunidade”.

Outros atores intervêm no processo de excisão, como é o exemplo de atores religiosos que ocupam posições ambivalentes e, em função das circunstâncias e das correntes religiosas muçulmanas, quer “encorajam”, quer “desencorajam” a prática; quando não mantêm silêncio ou, pelo contrário, se transformam em “especialistas em excisão”, indicando qual o comprimento da ablação que se deve praticar.

Para inverter a tendência, o Estado guineense e os seus parceiros técnicos e financeiros utilizaram uma dúzia de estratégias e verbas consideráveis no terreno. A avaliação realizada sobre as diferentes estratégias sugere duas coisas. As estratégias mais utilizadas, poderíamos dizer as mais fáceis de implementar (campanhas de rádio e televisão, animação cultural e desportiva, declarações de abandono e reconversão de excisadoras, adoção de leis, etc.), certamente informam, mas não geram mudança de comportamentos. As estratégias mais raras, as mais difíceis de implementar (mesas-redondas, fóruns, materiais educacionais, etc.) são as mais exigidas pela população.

É possível dizer, com um risco de erro limitado, que a desconstrução da ligação entre religião e excisão é importante, mesmo que as figuras religiosas ainda exerçam influência na legitimação da excisão.

Mesmo com uma alta taxa de prevalência, alguns sinais sugerem uma ligeira tendência para a diminuição, com modificação dos tipos de excisão praticados, com cada vez mais casos de “entalhe” e de “*faire-semblant*” e com uma forte medicalização que é, com certeza, um ganho em termos de saúde, mas que não acaba com a excisão.

Os indicadores de processo estão a progredir (número de pessoas mobilizadas, informadas e/ou sensibilizadas, número de workshops, etc.), do mesmo modo que a formação e as ferramentas teóricas de certos atores (pessoal de saúde e excisadoras, figuras religiosas, oficiais de justiça, jornalistas e outros atores).

Finalmente, é possível afirmar que as campanhas de promoção do abandono da excisão permitiram consolidar opiniões, mas ainda não atitudes e comportamentos esperados: a diminuição significativa da prevalência da excisão.

Para inverter a tendência, é o momento de tentar outra coisa. Pelo menos, é desnecessário manter as mães culpadas nas mensagens, deixando de fora os pais, as tias paternas e as avós.

A necessidade de uma elevada visibilidade das ONGs internacionais e das instituições internacionais, enquanto frequentemente são apenas transportadoras de financiamento internacional, em detrimento do Estado e dos seus serviços, dá às populações a impressão de que a promoção do abandono da excisão é um projeto exógeno, uma operação ideológica de “estrangeiros”.

Numa campanha de comunicação, a mensagem é tão importante como o seu portador. Infelizmente, a maioria das ONGs nacionais e dos atores estatais pedem às populações um comportamento que eles não praticam nas suas próprias famílias.

Certas ações devem constituir o argumento principal para inverter a tendência, tais como:

- Mobilizar e tornar visíveis as famílias que não excisam, com o objetivo de criar uma nova dinâmica através da introdução de uma nova realidade socioantropológica;
- Segmentar as ações e o discurso em função dos atores principais (mães das meninas, tias paternas, avós, *homonymes*, imãs e principalmente os pais) com argumentos culturais específicos e mensagens adaptadas. A produção desses elementos de contra-argumentação cultural deve ser sempre precedida de análises socioantropológicas atualizadas regularmente.

Finalmente, deve ser relevante para todos os parceiros técnicos e financeiros que o principal instrumento na promoção do abandono da excisão seja o Estado desse país, não as ONGs ou as instituições internacionais. É o papel de um Estado forte e consistente na sua política assegurar o projeto de promoção do abandono da excisão, dando o exemplo e com carácter duradouro. Porque a excisão prolonga um sistema social milenar profundamente enraizado, que só irá diminuir lentamente, muito lentamente, de uma geração para a outra.

Bibliografia

- Abd el Salam, S. A. (1999). Comprehensive approach for communication about female genital mutilation in Egypt. In G. C. Denniston, F. M. Hodges, & M. F. Milos (Eds.), *Male and female circumcision. Proceedings of the Fifth International Symposium on Sexual Mutilations* (pp. 317-330). Nova Iorque: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Askew, I. (2005). Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital excision. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 463-477.
- Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes de Guéckédou (AFAF), Cellule de Lutte contre les MGF/VIH-SIDA et GTZ/INTACT. (2005). *L'élimination des mutilations génitales féminines en Afrique: Rapport de fin de formation sur le Grand Dialogue des Générations organisé à Guéckédou-Centre*.
- Barry, A. A. B. (2015). *Les déterminants socio-anthropologiques de l'excision en Guinée*. Conacri: UNICEF.
- Bodiang, C. K. (2002). *La lutte contre les mutilations génitales féminines*. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.
- Bodiang, C. K., Eppel, G., & Guèye, A. S. (2000). *L'excision dans la région de Kolda au Sénégal: Perceptions, attitudes et pratiques*. Dacar: Projet sénégal-allemand FANKANTA, GTZ.
- Boender, C., et al. (2004). *The 'so what?' report: A look at whether integrating a gender focus into programs makes a difference to outcomes*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Chege, J., Askew, I., & Liku, J. (2001). *An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of FGE in Kenya*. Washington, DC: Population Council.
- Cheron, G. (1933). La circoncision et l'excision chez les Malinké. *Journal de la Société des Africanistes*, 3(2), 297-303.
- Cissé, Y. (2012). *Formation pour l'accompagnement des partenaires de la GIZ en Guinée*. Rapport de formation. Conacri, Guinée-Conacri.
- Cissé, Y. (2012). *Capitalisation de l'expérience de la GIZ en Guinée sur l'abandon des mutilations génitales féminines (MGF)*. Conacri, Guinée-Conacri.
- Cissé, Y., & Diokhane, C. M. (2013). *Étude d'impact de la mise en œuvre du Dialogue de Génération dans la Préfecture de Guéckédou en Guinée 2003-2012*. GIZ (Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit).
- Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA/Belgique), Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA/France) et Office fédéral des migrations (ODM/Suisse). (2012). *Rapport de mission en République de Guinée, 29 octobre-19 novembre 2011*. Bruxelles: Coopération Belgique-France-Suisse.

- Denniston, G. C., Hodges, F. M., & Milos, M. F. (Eds.). (1999). *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice*. Nova Iorque: Kluwer Academic/Plenum.
- Digges, D. (1999). Circumcisors circumvent the law. The death of an eleven year old girl illustrates the complicity of the medical profession in female genital mutilation. *Cairo Times*.
- Diop, N., et al. (1998). *Étude de l'efficacité de la formation de personnel socio-sanitaire dans l'éducation des clientes sur l'excision*. Bamako: Population Council.
- Document de plaidoyer. (2009). *La volonté politique au centre de l'action pour atteindre la tolérance zéro aux MGF/E*. Conacri, Guiné-Conacri.
- Feldman-Jacobs, C., & Ryniak, S. (2007). *L'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision*. Washington: Population Reference Bureau.
- GIZ Guinée. *Plan d'action opérationnel PSRDF mai 2011-juin 2013*.
- GIZ. (2011). *Le dialogue des générations, un grand pas vers l'abandon des MGF*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2016). *Rapport sur les droits humains et la pratique des mutilations génitales féminines/excision en Guinée*. Conacri, Guiné-Conacri.
- Hosken, F. P. (1993). *Genital and sexual mutilation of females*. 4^a edição revista. Lexington, MA: Women's International Network News.
- Lanier, G. (2010). *Théorie de la convention/norme sociale*. UNICEF.
- MASPFE (Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance). (2009). *Plan d'action harmonisé de lutte pour l'élimination des MGF/E*. Conacri: MASPFE.
- MASPFE. (2012). *Plan stratégique national de l'abandon des mutilations génitales féminines 2012-2016 (Version préliminaire)*. Conacri: MASPFE.
- MASPFE. (2013). *Plan stratégique national de l'abandon des mutilations génitales féminines, 2013-2017*. Conacri: MASPFE.
- Ministère du Plan. (2005). *Enquête démographique et sociale de Guinée, EDSG III*. Conacri: Ministère du Plan.
- Ministère du Plan. (2007). *Document de stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée (DSRP2 2007-2010)*. Conacri: Ministère du Plan.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1996). *Female genital mutilation: Report of a technical working group*. Genebra: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Female genital mutilation: Policy guidelines for nurses and midwives*. Genebra: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367(9525), 1835-1841.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Éliminer les mutilations génitales féminines: Déclaration interinstitutions*. Genebra: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Éliminer les mutilations génitales féminines*. Paris: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Mutilations génitales féminines*. Aide-mémoire n° 241. Genebra: OMS.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*. OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF.
- Plan International. (2006). *Tradition et droits: L'excision en Afrique de l'Ouest*. Dacar: Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest.
- Plan International. (2011). *Étude diagnostique de base sur les MGF/E dans les régions administratives de Faranah et de Nzérékoré. Rapport final*.
- Population Council. (1998). *Évaluation de la stratégie de reconversion des exciseuses pour l'éradication de MGF au Mali*. Bamako: Population Council.
- Population Reference Bureau (PRB). (2005). *Abandon des mutilations génitales féminines/ excision: Informations en provenance du monde entier (CD-ROM)*. Washington: PRB.
- Population Reference Bureau (PRB). (2008). *Mutilation génitale féminine/excision: Données et tendances*. Washington: PRB.
- Population Services International (PSI). (2009). *Enquête TRaC de base sur la pratique de l'excision en Guinée. TRaC: Tracking Results Continuously. Round 1. Rapport final*.
- Projet Espoir. (2011). *Etude TRaC 2 sur les pratiques des mutilations génitales féminines (MGF)/ excision en Guinée*. Pathfinder, PSI & Tostan.
- Projet Espoir. (2011). *Étude Trac2 sur les pratiques des MGF/E en Guinée. Rapport classique final*.
- Projet Espoir. (2011). *Séminaire-atelier sur l'élaboration du Plan Stratégique National d'Abandon des MGF/E 2012-2016 en Guinée. Rapport du séminaire-atelier*.
- Rosenbrock, C. (2012). *Évaluation des mutilations génitales féminines en Guinée: Évaluations des expériences et leçons; pour le compte du projet supranational "Abandon de l'excision" de la GIZ. Rapport final*. Hamburgo: GIZ.
- Rosenbrock, C. (2014). *Promouvoir l'abandon des mutilations génitales féminines en Guinée*. Conacri: GIZ.
- Semde, A., et al. (2010). *Enquête TRaC pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) dans les régions du centre-est, de l'est, du plateau central, des hauts-bassins et du sud-ouest*. Burkina Faso: KFW & PSI.
- Tougouri, J., et al. (2008). *Enquête TRaC de base pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines*. Burkina Faso: PSI Research Division.
- UNICEF. (2005). *Female genital mutilation/cutting: A statistical exploration*. Nova Iorque: UNICEF.
- UNICEF, Centre de Recherche Innocenti. (2005). *Changer une convention sociale néfaste: La pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*. Florença: Centre de Recherche Innocenti de l'UNICEF.
- UNICEF, Innocenti Digest. (2005). *Changing a harmful social convention: Female genital mutilation/excision*. Florença: UNICEF.
- UNICEF. (2013). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview of exploration of the dynamics of change*. Nova Iorque: UNICEF.
- Yoder, P. S., Abderrahim, N., & Zhuzhuni, A. (2004). *Female genital cutting in the demographic and health surveys: A critical and comparative analysis*. DHS Comparative Report n° 7. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Yoder, P. S., & Khan, S. (2008). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. Calverton, Maryland: ORC Macro.

7.

**Mutilação Genital Feminina,
uma Questão de Direitos Humanos
das Mulheres na Guiné-Bissau**

Fatumata Djau Baldé

Comité Nacional para o Abandono
das Práticas Tradicionais Nefastas à Saúde
da Mulher e da Criança
Guiné-Bissau

A cada segundo que passa, uma menina/jovem rapariga é excisada. A origem desta prática remonta a vários séculos atrás. Segundo a OMS, estima-se que cerca de 100 a 130 milhões de mulheres no mundo foram vítimas desta prática em África e, entre elas, cerca de 26 milhões vivem com infibulação.

Presume-se que cerca de 2 a 3 milhões de crianças/jovens raparigas estejam em risco de serem excisadas todos os anos. Essas vítimas encontram-se espalhadas globalmente: em África (28 países, entre eles a Guiné-Bissau), no Médio Oriente, na Ásia do Sul e, devido à imigração, em alguns países da Europa e da América do Norte.

Considera-se como prática de Excisão/Mutilação Genital Feminina todas as intervenções que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou que provoquem lesões nos órgãos genitais femininos por razões não médicas. Ou ainda todo o tipo de intervenção que modifica parcial ou totalmente os órgãos genitais femininos por razões tradicionais e culturais.

A E/MGF é praticada por pessoas e comunidades pertencentes a várias culturas e tradições em diferentes partes do mundo, bem como por crentes de diferentes religiões: muçulmanos, cristãos (católicos, protestantes e coptas) e animistas. A prática também é encontrada em comunidades ateístas. No caso concreto da Guiné-Bissau, é praticada somente pelas comunidades islamizadas.

Causas

A explicação mais plausível para o fenómeno de E/MGF, sobretudo na religião muçulmana, é a de que uma mulher não excisada é considerada como “impura” e, nessas condições, há quem acredite que ela não pode praticar a religião e também não pode contrair matrimónio. Nos nossos dias, as justificações para a manutenção da prática prendem-se mais com questões socioculturais e tradicionais, podendo ter origem num símbolo de herança da identidade dum grupo específico. Estas razões encontram-se intimamente ligadas à desvalorização do

estatuto socioeconómico da mulher e ao casamento como garantia do futuro da própria mulher.

Consequências

Nem todas as mulheres excisadas padecem das mesmas complicações. A prática varia de país para país, de comunidade para comunidade, e às vezes até de fanateca¹ para fanateca, embora as consequências imediatas sejam praticamente semelhantes em todos os contextos. Existe uma maior probabilidade de algumas doenças se manifestarem mais nas mulheres excisadas do que nas não excisadas. As mulheres e crianças submetidas a esta prática tornam-se mais vulneráveis a complicações de parto e pós-parto, e algumas continuam com problemas durante o resto da vida, entre eles hemorragias, infeções como o tétano, VIH/SIDA, esterilidade, fístula obstétrica, etc. Estas complicações ocorrem durante a prática ou imediatamente depois, isto é, a longo prazo, podendo mesmo provocar a morte.

Respostas a nível mundial

As origens da luta contra a E/MGF podem situar-se logo em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, embora a problemática da E/MGF só tenha sido abordada pela primeira vez pela Comissão de Direitos Humanos em 1952. Seguidamente, a OMS organizou uma campanha mundial contra a prática e um primeiro seminário sobre os efeitos da mesma. O Decénio da Mulher foi instituído entre 1975-1985 e, durante esse período, a OMS organizou um seminário em Cartum (1979), onde se definiu claramente a política de luta contra a E/MGF. Também em 1979 foi estabelecida a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), comumente designada como “Carta dos Direitos Fundamentais das Mulheres”, que apela aos Estados para alterarem modelos de comportamentos socioculturais no sentido de eliminarem práticas e costumes que podem colocar em causa a vida humana, ou criar outros problemas que deles possam advir.

A Conferência sobre as Mulheres ocorreu em Copenhaga (Dinamarca) em 1980, incidindo sobre as práticas tradicionais nefastas à saúde da mulher. Em 1984 a ONU cria em Dacar o Comité Inter-africano (CI-AF) sobre as práticas tradicionais nefastas e prejudiciais à saúde da mulher e da criança, como forma de sensibilizar as autoridades e as populações locais para o tema e para a necessidade de tomar medidas que as erradiquem. Uma vez que a E/MGF afeta essencialmente crianças, importa referenciar a Convenção sobre os Direitos da Criança

¹ N.T.: Fanateca é o nome dado às excisadoras na Guiné-Bissau; o nome está associado ao fanado, que é o ritual de passagem à fase adulta e que é acompanhado por outros rituais e festividades.

(CDC), adotada em novembro de 1989 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Carta Africana para o Bem-Estar das Crianças e a Carta Africana da Juventude; estes documentos estabelecem claramente a necessidade de os Estados membros se comprometerem no respeito pelos direitos das crianças e prevê igualmente que os Estados adotem medidas eficazes e adequadas no sentido de abolir práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças.

Em 1991 realizou-se um seminário regional no Burquina Faso e no Sri Lanka com o objetivo de associar essas práticas à violação dos direitos humanos. Em 1994 a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, recomendou aos governantes dos países praticantes que interditassem a prática.

A IV Conferência Mundial de Beijing, em 1995, foi o início de um consenso entre as associações femininas do Norte e do Sul para a interdição da E/MGF. A sua plataforma de ação (também de 1995) apela claramente aos Estados para aprovarem e fazerem aplicar legislação que permita a eliminação de todas as práticas e dos atos de violência contra as mulheres, tais como a MGF.

Em 1997, três agências das Nações Unidas (OMS, UNICEF e FNUAP) elaboraram conjuntamente um Plano de Ação de dez anos, que teve como objetivo principal uma diminuição notável da prática de E/MGF e a sua eliminação ao longo de três gerações; a sua plataforma recomenda a criação de comités nacionais para o abandono da prática nos diferentes países. Nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas no ano 2000, a questão da E/MGF encontra-se implicitamente no Objetivo 3 referente à igualdade de género, assim como nos Objetivos 4 e 5, cujos princípios orientadores se baseiam essencialmente na redução da mortalidade materna e infantil.

Em 2003, a Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas aprova a Resolução nº 2003/28, proclamando o dia 6 de fevereiro como o Dia Internacional da Tolerância Zero contra a E/MGF.

Em 2008 foi publicada pela OMS uma Declaração conjunta, assinada pelas dez agências da ONU que condenam a prática e que estão a apoiar ações que conduzem ao abandono da mesma: OMS, FNUAP, UNICEF, UNIFEM, UNESCO, PNUD, UNAIDS, UNECA, EACDH e ACNUR. Nessa Declaração recomenda-se que as ações e intervenções a tomar sejam multissetoriais, sustentadas, contínuas e conduzidas pelas próprias comunidades. Importa aqui também recordar a campanha do Secretário-geral das Nações Unidas para pôr fim à Violência Contra a Mulher, iniciada em março de 2008, bem como as Resoluções da Comissão sobre a Condição da Mulher, adotadas na sua 51^a e 52^a sessões, dedicadas à eliminação da E/MGF, e a Recomendação Geral nº 14 da Convenção sobre a Eliminação de

Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Ainda em 2008, o FNUAP e a UNICEF assinaram o chamado Programa Conjunto para o Abandono da E/MGF, programa esse que beneficia 17 países africanos, entre os quais a Guiné-Bissau.

A 20 de dezembro de 2012, a terceira comissão da Assembleia Geral das Nações Unidas aprova, por unanimidade, a Resolução 67/146, e em 2014 a Resolução 69/150, que têm como objetivo específico persuadir os Estados-membros a “intensificar a ação mundial para eliminar as práticas de E/MGF”.

No que se refere ao Conselho da Europa, deve salientar-se a Resolução sobre as Mutilações Genitais Femininas de 12 de abril de 1999 e a Recomendação do Conselho de Ministros aos Estados-membros sobre a proteção das mulheres contra a violência, assim como a Resolução sobre a MGF 2001/2035 (INI) do Parlamento Europeu.

No quadro do Acordo de Cotonou, celebrado no ano 2000 e que regula as relações dos 27 Estados-membros da União Europeia com os 79 países de África, Caraíbas e Pacífico, incorporou-se nesse acordo um compromisso contra as práticas de E/MGF.

Em 22 de julho de 2014 foi realizada uma Cimeira Mundial em Londres denominada “Cimeira das Raparigas” com o objetivo de “criar uma aliança em torno de um movimento à escala mundial para pôr fim aos casamentos infantis e às práticas de mutilação genital feminina”.

Sendo uma realidade muito enraizada no continente africano, por motivos relacionados com as tradições e costumes locais, importa salientar a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981 e o seu Protocolo sobre os Direitos das Mulheres, adotado em Maputo (Moçambique) a 11 de julho de 2003, que constituem documentos de referência onde são salientados o respeito pela vida e pela integridade física e moral da pessoa humana, reforçando que todas as formas de tratamento cruéis, desumanos ou degradantes são interditos.

Em julho de 2011, na Cimeira da União Africana em Malabo, os chefes de Estado africanos adotaram uma importante decisão solicitando à Assembleia Geral das Nações Unidas a adoção de uma resolução interditando a prática de Mutilação Genital Feminina no mundo, solicitação essa que foi aceite através da Resolução 67/146 das Nações Unidas.

Em dezembro de 2005 em Dacar foi adotada pelos parlamentares africanos a Declaração Final da Conferência Parlamentar Africana sobre a Violência contra as Mulheres, com maior realce para o Abandono das Mutilações Genitais Femininas e o papel dos parlamentares nacionais a esse propósito. De salientar ainda a introdução da temática como crime contra a humanidade pela Amnistia Internacional.

Situação da prática a nível nacional

A Guiné-Bissau assinou e ratificou a maioria das convenções e tratados que protegem e promovem os direitos humanos, com maior destaque para a CEDAW, Protocolo de Maputo, CDC, CABEC, Carta Africana da Juventude, entre outros. No entanto, uma norma social profundamente enraizada na discriminação contra meninas e mulheres, como a E/MGF, está ligada a outras normas e práticas prejudiciais, sendo perpetrada por famílias que, embora não tenham uma intenção primária de violência, acabam por realizar algo que é, de facto, violento na sua natureza.

Na Guiné-Bissau a E/MGF atinge 45,5% das mulheres entre os 15 e os 49 anos, podendo atingir os 96% nas zonas de maior prevalência (Gabu). Trinta por cento das crianças entre 0 e 14 anos são submetidas à prática, o que varia conforme a instrução da mãe. A prática é registada um pouco por todo o país devido à convivência partilhada entre os diferentes grupos que compõem o território. Contudo, os valores mais altos são registados maioritariamente nas zonas habitadas pelos grupos islamizados, ou seja, a zona leste, concretamente as regiões de Bafatá e Gabu, que são habitadas maioritariamente pelos grupos Fula, Mandinga, Padjadinca, Djacanca e Saraculé, e a zona norte, concretamente a região de Oio, habitada também pelos Oinca e Mansonca Garandi (grupos animistas convertidos ao islamismo). Na região de Cacheu (norte) os grupos Cassanga e Balanta Mane (grupos animistas que se converteram ao islamismo) são também grupos praticantes; e na zona sul, concretamente nas regiões de Quínara e Tombali, a prática realiza-se nos grupos Beafada, Fula, Tanda, Susso e Nalu. O Setor Autónomo de Bissau tem uma grande mistura de grupos étnicos, mas os grupos que aí praticam a E/MGF são hoje em maior número.

O tipo de prática mais prevalente no país é o tipo II, embora também se possa encontrar o tipo III sobretudo junto de grupos fula e nas zonas que fazem fronteira com a Guiné-Conacri. A idade da prática varia também tendo em conta os grupos étnicos: nos Fula a tendência é para crianças mais novas, entre os 3 e os 5 anos, e nos outros grupos praticantes a idade varia entre a realização do corte e o ritual de passagem para à fase adulta. Tal deve-se ao facto de os Mandinga e os Beafada realizarem a prática em dois momentos: o primeiro momento é o do corte e o segundo momento é o da passagem à fase adulta, com o ritual de aprendizagem e da educação para a jovem mulher (*fanadu garandi*). Nesta segunda fase, as jovens raparigas que ainda não foram submetidas ao corte podem também participar, pois serão excisadas neste momento.

A prática de E/MGF na Guiné-Bissau é uma prática de grupos islamizados, pois ela é tida como uma recomendação corânica. Mulheres de grupos não is-

lamizados que se casam com homens de grupos islamizados são obrigadas a submeterem-se à prática; por isso, podem encontrar-se mulheres de grupos tradicionalmente não praticantes que acabaram por ser submetidas à prática.

Uma vez que a E/MGF é uma prática acompanhada por outros rituais e festividades, a convivência entre comunidades praticantes e não praticantes fez com que, no passado, crianças de comunidades não praticantes acabassem por ser submetidas à prática. Porém, a Guiné-Bissau possui desde 2011 uma lei que criminaliza a E/MGF. Mas apesar da existência desta lei, a prática é realizada às escondidas. Aliás, existem casos de violação da lei que já conheceram sentenças até três anos de prisão e cujos prevaricadores se encontram nas prisões do país a cumprir a pena.

Pode dizer-se hoje em dia que a existência da lei está a exercer uma grande influência na tendência para o abandono da prática nas gerações futuras. Apesar de ser uma prática feita pelas próprias mulheres, 36% das mulheres, segundo o relatório MICS 2010, queriam que a mesma continuasse. Segundo o mesmo inquérito de 2014, somente 13% das mulheres queriam a continuidade da mesma. Na Guiné-Bissau, diferentemente de alguns países da África Ocidental, não existe a medicalização da prática.

Logo após a independência houve várias tentativas de sensibilização das populações para os direitos das mulheres e, entre eles, para as práticas nefastas à saúde da mulher e da criança. Em novembro de 1996 foi criado o Comité Nacional de Luta contra as Práticas Nefastas à Saúde da Mulher e da Criança, bem como os Comités Regionais, que integram ONGs vocacionadas e algumas instituições públicas com atividades relacionadas com a proteção e promoção dos direitos da criança e da mulher. Foram realizadas várias ações de informação e sensibilização das comunidades, muito particularmente junto das comunidades praticantes, com vista a diminuir a E/MGF no país. Essas ações assentaram fundamentalmente numa abordagem focada nos direitos humanos.

Realizaram-se ações de formação dos líderes tradicionais e religiosos, dos/as técnicos/as das organizações da sociedade civil, de mulheres líderes de opinião nas comunidades e das próprias fanatecas, assim como dos/as técnicos/as de saúde pública e dos/as agentes de comunicação social. As mesmas ações de informação e de sensibilização também são feitas nas escolas das comunidades beneficiárias das intervenções.

Após a criminalização em 2011, no ano 2012 iniciou-se um programa piloto sobre a introdução dos aspetos ligados à prática no currículo escolar. Em 2013, mais de 200 imãs e professores corânicos produziram uma *fatwa* dizendo não à prática de E/MGF em nome do Islão; nesse mesmo ano iniciaram-se também vá-

rias formações a técnicos e agentes de saúde sobre as consequências da E/MGF, o que fez com que se introduzisse questões relacionadas com o combate à prática nos pacotes das consultas de planeamento familiar. Foram formados médicos/as para a reparação das sequelas provenientes desta prática, assim como foram construídos blocos operatórios adaptados a esse fim nas regiões de Bafatá e Gabu, que são zonas de maior prevalência.

Em 2014 iniciaram-se, em escolas do ensino secundário e superior, palestras destinadas a aumentar o conhecimento da camada juvenil em relação à E/MGF. Foram formados/as cerca de 50 juizes e magistrados/as do Ministério Público sobre as consequências da E/MGF e sobre a lei que interdita e criminaliza a prática no país. Apesar da colaboração das autoridades judiciais, sobretudo da PJ, a implementação da lei continua a ser muito passiva devido à falta de tribunais em várias zonas do país. Apesar de tudo isto, a prática continua a realizar-se de forma clandestina e com diferentes estratégias para a sua realização: atravessando fronteiras ou aplicando-a às bebés, por vezes recém-nascidas.

O programa conjunto FNUAP-UNICEF tem suportado a maior parte das ações a nível nacional para o combate à prática. Até 2016, a Plan Guiné-Bissau, através da União Europeia, financiou um projeto de intervenção nas regiões de Bafatá e Gabu. A Swissaid e demais organizações da sociedade civil têm intervindo neste domínio e existe um projeto entre Portugal e a Guiné-Bissau, intitulado Projeto de Capacitação para a Igualdade e Empoderamento de Agentes-chave das Comunidades para o Fim da E/MGF, dos Casamentos Infantis e Forçados, que atua na promoção da educação, saúde e direitos no quadro da Agenda 2030 e no âmbito de outros compromissos assumidos em matéria de desenvolvimento e de direitos humanos. Este projeto está a ser implementado na parte guineense pelo Comité Nacional para o Abandono das Práticas Nefastas e, na parte portuguesa, pela ONGD P&D Factor; possui uma forte implicação dos/as técnicos/as de saúde, dos líderes religiosos islâmicos, de mulheres e jovens líderes das comunidades beneficiárias da intervenção. Cada vez mais os líderes religiosos islâmicos se interessam pela temática e utilizam-na nos aconselhamentos que dão nas mesquitas antes das orações das sextas-feiras.

Problemas em torno da aplicação das leis

Nos países africanos, o direito oficial estatal choca sempre com o direito costumeiro, que é mais conservador e que aprova a E/MGF. Este pluralismo normativo dá lugar a conflitos com as seguintes saliências: o que se deve legislar: a tomada de decisão, o ato em si, a cumplicidade daqueles que não se sentem envolvidos ou tudo isto em conjunto? Devem punir-se os “autores do crime” (as

fanatecas)? O que a lei da Guiné-Bissau pune é o ato concluído, que é constatado e julgado. A culpa dos familiares e outros membros é mais difícil de estabelecer – como provar as suas intenções de fazer o mal?

A implementação da lei na Guiné-Bissau, mesmo que de forma muito lenta, já aplicou sentenças que conduziram à prisão de mais de 12 pessoas. Mas qual o objetivo da intervenção com uma lei penal? É o de ligar um problema ao estatuto de delito, ou processá-lo nesta base? A resposta penal é a mais adequada? Mas adequada a que objetivo? Geralmente os objetivos das leis são a redução de um problema através da ameaça de pena, ou o reconhecimento simbólico duma prática como sendo “má” e, assim, contribuir para a modificação das atitudes e das normas culturais que causam esse problema. Mas a lei penal sozinha é suficiente para este objetivo? Temos a consciência de que práticas seculares não são abandonadas pela mera existência das legislações, mas se as mesmas forem bem aplicadas, desencorajam a continuidade dessas práticas.

Quais são os problemas do procedimento penal? Na maioria dos casos, torna-se difícil acusar os culpados da prática com base nos instrumentos jurídicos em vigor nos respetivos países. A exigência de evidências de um tema tabu e de um ato tão íntimo colocam problemas reais à acusação dos culpados. Por exemplo, como prosseguir com uma acusação de violação do direito à saúde quando não se conseguem demonstrar claramente as complicações médicas, embora estas sejam nefastas? E se todas as ofensas corporais provenientes desse ato devem ser criminalizadas, devemos então punir as mulheres adultas que se submetem à prática em plena consciência? Como avaliar se estão a fazê-lo utilizando a sua liberdade de escolha ou se é um ato forçado por uma pressão social com múltiplas faces?

Face à possibilidade de se realizar a prática fora da Guiné-Bissau, na sub-região, ou no país de origem (no caso da diáspora), que mecanismos serão necessários para verificar que a prática não foi realizada sem violar o respeito da vida privada dos cidadãos? Como formular a questão de uma compensação financeira das vítimas de E/MGF?

Lições aprendidas

A análise da situação da prática de E/MGF na Guiné-Bissau e a implementação do Plano de Ação 2010-2015 permitiu-nos tirar as seguintes lições:

- A adoção da lei criminalizando a prática de E/MGF no país e as declarações públicas de abandono da mesma não são suficientes para levar definitivamente as comunidades praticantes a abandonarem a prática;

- Melhores resultados poderão ser obtidos com um plano reforçado da implicação das comunidades através da responsabilização das suas estruturas comunitárias na implementação do programa, assegurando a apropriação e a sustentabilidade das ações de sensibilização e de formação;
- A responsabilização das comunidades, a apropriação dos conceitos e noções de direito e a sua utilização na vida quotidiana permitiram o melhoramento da situação socioeconómica das mulheres e das comunidades, o que também ajudou grandemente na mudança de comportamentos em relação ao abandono da prática de E/MGF;
- A introdução de sessões de alfabetização para mulheres com temas ligados à prática, as suas causas e consequências tem contribuído grandemente para a mudança de comportamento das comunidades praticantes e muito particularmente das mulheres;
- A implementação de atividades geradoras de rendimento junto das mulheres permitiu atingir a autonomia das mesmas e, conseqüentemente, contribuir na mudança de comportamentos e atitudes em relação à prática;
- As intervenções até aqui levadas a cabo tiveram como grupo-alvo somente as populações ou as comunidades praticantes locais, deixando de lado as populações emigrantes ou certos decisores-chave, o que continua a gerar grandes poços de resistência onde estes grupos de influência jogam um papel importante no impedimento do abandono da prática;
- Os progressos poderiam ser maiores se a instalação dos mecanismos de coordenação não fosse muito lenta e pouco clara. A resolução dessa dificuldade será um elemento crítico para prolongar os ganhos até aqui obtidos e assegurar o abandono total até 2030.

Recomendações

- Maior compromisso dos governos nesta luta;
- Instituição de programas transfronteiriços de combate às práticas de E/MGF;
- Introdução e implementação da temática nos currículos escolares, principalmente nos das escolas de saúde;
- Instituição de mecanismos de vigilância entre Portugal e os países de origem, para os casos das meninas em risco;
- Instituição de mecanismos legais de colaboração entre Estados no que diz respeito à aplicação das leis.

8.

**Tratar e Cuidar de Meninas e Mulheres com MGF.
Respostas da Serra Leoa**

Owolabi Bjälkander

Karolinska Institutet

Estocolmo, Suécia

Mutilação genital feminina (C/MGF)

Definição de C/MGF

O Corte/Mutilação Genital Feminina (C/MGF) é uma prática realizada em raparigas e mulheres que envolve a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos, ou outros danos causados nos órgãos genitais femininos por razões não médicas (WHO, 2008). O C/MGF foi classificado em quatro tipos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por outras agências da ONU, como é visível na Tabela 1 (WHO, 2008).

Tabela 1 – Classificação dos tipos de MGF

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 com a criação de uma membrana selante através do corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris, que são depois suturados conjuntamente com seda, corda de tripa ou fio (infibulação).
Tipo IV	Não classificado: picagem, perfuração ou incisão do clítoris e/ou lábios; estiramento do clítoris e/ou lábios; cauterização (queimamento) do clítoris e tecido circundante; raspagem (cortes tipo anguria) do orifício vaginal ou corte (tipo gishiri) da vagina; introdução de substâncias corrosivas ou de ervas na vagina para causar sangramento ou com vista ao estreitamento da vagina; qualquer outro procedimento que caiba na definição de MGF.

O C/MGF é prevalente em 27 países da África subsariana e existem evidências da prática também entre populações curdas, na Colômbia, na Índia entre os Dawoodi Bohras, na Malásia e no Iémen (BBC News, 2016; Bhonsle, 2016).

Estima-se que, globalmente, entre 140 milhões e 200 milhões de raparigas tenham sido submetidas ao C/MGF (UNICEF, 2016). Até ao ano 2020, e se a pre-

valência se mantiver inalterada, cerca de 15 milhões de raparigas em 16 países africanos estão em risco de C/MGF, sendo que mais de 4 milhões vivem na África Ocidental. As estimativas apontam para que, se os países atingirem os seus objetivos nacionais em 2020, cerca de 4 milhões de raparigas terão sido protegidas do C/MGF, 750.000 delas na África Ocidental (UNFPA, 2015).

O problema da prática

O C/MGF não tem benefícios para a saúde das mulheres. As consequências negativas desta prática, quer psicológicas quer para a saúde, seguem uma lógica proporcional: quanto maior for o corte e mais traumáticas as circunstâncias em que ele acontece, maior é o risco de complicações (Obermeyer, 2005).

As complicações físicas imediatas do C/MGF podem ser graves e comprometer a própria vida. Incluem infeções, dores graves e hemorragia (Hearst & Molnar, 2013).

A junção involuntária dos grandes lábios tem sido registada entre cerca de 15% das mulheres de comunidades da África Ocidental, onde apenas os tipos I e II de C/MGF são praticados (Behrendt, 2005).

A investigação entre mulheres com os tipos I e II de C/MGF concluiu que, entre as suas filhas que foram sujeitas a CC/MGF, há uma taxa de mortalidade de 2,3% (Mohamud, 1991). A morte como complicação do C/MGF tem sido registada em cerca de 15% das raparigas (El-Shawarby & Rymer, 2008) e a morte também pode ser causada por hemorragia, infeção, tétano e choque (Dirie & Lindmark, 1992).

Num grande estudo prospetivo realizado junto de mulheres grávidas, conduzido em seis países africanos, foi demonstrado que as mulheres com C/MGF têm maior propensão para sofrerem resultados obstétricos adversos (WHO Study Group, 2006). Complicações específicas relacionadas com o parto incluem um risco crescente de hemorragia pós-parto, de cesariana e um resultado perinatal fraco – tudo isto quando comparadas com mulheres sem C/MGF. Também se verificou um maior risco de dilaceração e o recurso a episiotomias em mulheres com C/MGF quando comparadas com mulheres sem C/MGF. Entre mulheres com C/MGF que dão à luz, existe um maior risco de hemorragia, infeção e morte dos recém-nascidos (WHO Study Group, 2006).

Embora os efeitos psicológicos do C/MGF sejam mais difíceis de verificar, existem cada vez mais evidências de que raparigas e mulheres com C/MGF mostram uma prevalência significativamente maior de ansiedade, distúrbios somáticos, depressão e stress pós-traumático, quando comparadas com raparigas e mulheres sem C/MGF (Behrendt & Moritz, 2005; Vloeberghs *et al.*, 2012).

Em alguns países, cada vez mais os/as profissionais de saúde praticam o C/MGF como forma de as famílias evitarem algumas das complicações físicas imediatas a que as raparigas podem estar expostas, como infeções e hemorragias abundantes (Njue & Askew, 2004; Serour, 2013).

Todos os tipos de C/MGF foram reconhecidos como práticas nefastas que constituem uma violação grave dos direitos humanos, dos direitos aos cuidados de saúde e à integridade corporal, entre outros. As agências da ONU responsáveis pela monitorização dos tratados de direitos humanos, nomeadamente o Comité para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), o Comité dos Direitos da Criança (CRC) e o Comité de Direitos Humanos, incluem o C/MGF nas suas observações e elaboram recomendações para que os Estados cumpram as suas obrigações relativamente aos tratados que assinam. O consenso global da necessidade de eliminar todas as formas de C/MGF também se reflete no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5, nomeadamente a meta 5.3, e nas Resoluções 67/146 (2012) e 69/150 (2014) da Assembleia Geral da ONU¹.

Serra Leoa

A República da Serra Leoa situa-se na costa ocidental africana e tem uma população de aproximadamente 6,5 milhões de pessoas (Bjälkander, 2013), cobrindo uma área de 72.000 km². Possui cerca de 14 grupos étnicos principais, cada um dos quais com a sua própria língua, sendo o maior o dos Mende, na região sudeste, e o dos Temme, na região norte do país.

A Serra Leoa conquistou a sua independência do Império Britânico em 1961. A partir de 1990, uma violenta guerra civil devastou o país, ficando conhecida pelos assassinatos e amputações. O fim da guerra foi oficialmente declarado em 2002. O país foi assolado pela recente crise de Ébola na África Ocidental e foi declarado livre deste vírus a 7 de novembro de 2015, antes do ressurgimento de mais alguns casos em janeiro de 2016 (Acland, 2016).

Prevalência do C/MGF na Serra Leoa

A prevalência do C/MGF na Serra Leoa encontra-se entre as mais altas do mundo e o mais recente Inquérito Demográfico e de Saúde (SL DHS 2013) mostrou que 89,6% das mulheres com idades entre 15 e 49 anos na Serra Leoa foram submetidas ao C/MGF (SSL & ICF International, 2014).

¹ United Nations General Assembly Resolution 67/146. *Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations*. Adotada a 20 de dezembro de 2012 e renovada em dezembro de 2014 na United Nations General Assembly Resolution 69/15.

Como ocorre o C/MGF na Serra Leoa

O C/MGF faz parte da cerimónia de iniciação da Sociedade Bondo, que é uma instituição liderada exclusivamente por mulheres e organizada de acordo com a etnicidade, possuindo um forte valor cultural e político. A cerimónia de iniciação costumava ter lugar na Floresta Bondo, uma propriedade privada situada a vários quilómetros da aldeia, mas atualmente pode ocorrer na capital do país, Freetown, ou em qualquer cidade, ou mesmo na casa da própria menina ou do Soweï (Chefe Bondo).

Tipos de C/MGF na Serra Leoa

Os tipos I e II são as principais formas de C/MGF, registando-se alterações nos grandes lábios em quase 5% dos casos. Utilizando a classificação do C/MGF pela OMS, a prevalência na Serra Leoa registava os seguintes valores: 31,7% tinham o tipo Ib; 64,1% o tipo IIb; e 4,2% o tipo IIc (Bjälkander *et al.*, 2013). Atualmente na Serra Leoa, a informação sobre a situação do C/MGF pode servir como um indicador da prevalência de C/MGF, mas não do tipo.

Contexto político, legal e social em que o C/MGF ocorre

A resistência ao abandono do C/MGF na Serra Leoa tem sido forte e a vontade política tem sido fraca. Os líderes políticos e tradicionais têm a percepção de que se trata de uma questão sensível devido à forte e generalizada oposição social, que continua a resistir à mudança (Bangura, 2017).

Contexto político

De um modo geral, acredita-se que o C/MGF é sinónimo da Sociedade Bondo, apesar de o C/MGF ser uma pequena parte da cerimónia de iniciação na Sociedade Bondo. Por isso, qualquer pessoa ou atividade que tente prevenir o C/MGF ou que trabalhe para promover o seu abandono é vista como alguém que insulta a Sociedade Bondo.

É importante reconhecer a ambivalência que os líderes políticos e tradicionais têm em relação ao C/MGF e por que razão podem no mínimo hesitar em tomar qualquer ação que possa ser percebida como prejudicial para a instituição Bondo.

Por um lado, espera-se que os Chefes e os Membros do Parlamento preservem e mantenham todas as instituições, cerimónias e valores tradicionais. Os Chefes são dirigentes titulares da Sociedade Bondo. Economicamente, o Chefe beneficia da Sociedade Bondo uma vez que é ele que emite as licenças para cada Soweï no início da época das cerimónias de iniciação.

Estes líderes vêem-se a si próprios como guardiões culturais destas instituições e alinham-se com o que acreditam ser os desejos das suas comunidades: apoiar a instituição Bondo. Eles preocupam-se que os seus eleitores possam reprovar declarações contra o C/MGF. De facto, não é raro que alguns políticos, durante o período eleitoral, paguem a entrada de raparigas na Sociedade Bondo com a contrapartida tácita de que os pais e outros familiares dessas raparigas votem neles. A entrada de uma rapariga na Bondo pode custar em média entre 1.000.000 e 1.250.000 leones². Além disso, a instituição Bondo tornou-se politicamente apta a exercer o seu poder político, reconhecendo que os líderes políticos e tradicionais precisam do seu apoio, uma vez que são estas instituições que legitimam as suas aspirações políticas.

Por outro lado, os políticos também estão vinculados aos compromissos internacionais, assinados pelo Governo, para o abandono do C/MGF. Muitos políticos, na esfera privada, não apoiam o C/MGF, e quando o Parlamento procurou aprovar leis específicas para a proibição do C/MGF, tal não foi possível – foram rejeitadas porque os políticos “não podem ser vistos a opor-se à MGF”.

Contudo, apesar de evidenciarem alguma relutância em condenar diretamente o C/MGF, alguns líderes políticos e tradicionais reconhecem que a prática é uma violação da integridade física e mental das mulheres e preocupam-se com os efeitos físicos e psicológicos que esta pode causar nas meninas e mulheres a curto e longo prazo.

Contexto legal

Não existe nenhuma lei contra o C/MGF na Serra Leoa. Porém, a Seção 33 (A) da Lei dos Direitos das Crianças, aprovada em 2007, afirma que “ninguém deverá sujeitar uma criança a tortura, nem a punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante, incluindo qualquer prática cultural que desumanize ou seja lesiva para o bem-estar físico e mental de uma criança” (The Child Right Act, 2007). Esta lei não menciona especificamente a mutilação genital feminina.

A Lei dos Direitos da Criança proíbe o casamento precoce (casamento com alguém de idade inferior ao consentimento poder ser dado) e casamentos forçados (sem consentimento). Também em 2007, três “Leis para a Justiça de Género” foram aprovadas pelo Parlamento: a Lei do Registo do Casamento e do Divórcio Costumeiro (The Registration of Customary Marriage and Divorce Act, 2007); a Lei da Violência Doméstica (The Domestic Violence Act, 2007); e a Lei da Devoção de Propriedades (The Devolution of Estates Act, 2007), todas destinadas a proteger e a promover os direitos humanos das mulheres.

² Informação obtida de organizações comunitárias que trabalham em Koinadugu e nos distritos da área urbana ocidental.

Além disso, o governo da Serra Leoa (GoSL) ratificou importantes tratados internacionais: a CEDAW, a CRC e a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança. A Serra Leoa ratificou o Protocolo Africano dos Direitos das Mulheres (Maputo) em Outubro de 2015 (Asuagbor, 2016).

O GoSL, por sua própria vontade, assinou “todos os nove tratados de direitos humanos fundamentais e ratificou sete deles”, e prestou contas a “cinco dos sete [tratados de direitos humanos] que ratificou, incluindo CEDAW e CRC (Human Rights Council Working Group, 2016).

Contexto social

A importância da Sociedade Bondo, social e culturalmente, deve-se à sua mensagem central: pertencer à Bondo é tornar-se mulher. Ser um membro da Bondo confere novas liberdades, acesso exclusivo, um sentido de irmandade, um sentido de pertença, estatuto e valor à mulher. Uma mulher que aspire a um cargo público ou político deve ser membro da Bondo.

Existe um sistema de recompensas e punições associadas à pertença à Bondo, o que pode criar uma enorme pressão da comunidade para que uma rapariga se torne membro da Bondo. Alguns dos benefícios em ser membro são a pertença, a atenção, a celebração e a oferta de presentes à rapariga. As punições por não aderir à Bondo podem incluir violência, ostracismo social, ofensas verbais e rejeição.

Debate nacional – Adiamento versus abandono do C/MGF

Devido à dura oposição que algumas intervenções sobre o C/MGF enfrentaram, diversas organizações não governamentais (ONGs) optaram por escolher o abandono da “criança Bondo”, o que significa a participação ativa em campanhas para evitar que crianças (menos de 18 anos) sejam submetidas ao C/MGF (e que se tornem membros da Bondo). A lógica é a de que, enquanto esperam para atingir os 18 anos, as raparigas vão recebendo formação e mensagens anti-C/MGF, até que possam decidir por elas próprias se querem fazer o C/MGF para se juntarem à Sociedade Bondo. Na prática, trata-se de um adiamento do C/MGF e não do seu abandono. Este posicionamento é erróneo, pouco útil e pouco provável de conduzir ao abandono total. As ideias que surgem para promover o adiamento também parecem ser pouco fidedignas:

- Raparigas mais velhas têm mais resistência à dor do corte e aos castigos que por vezes acontecem durante a prática – pontapés, bofetadas, ou o sentar-se no peito das raparigas;

- Raparigas mais velhas estão em melhores condições de tratar a ferida provocada pelo corte, reduzindo a probabilidade de complicações físicas a curto prazo;
- Raparigas mais velhas tiveram formação e educação para perceber os prós e os contras da prática, necessários para o consentimento informado, e podem decidir de forma consciente se querem ou não submeter-se ao C/MGF;
- Raparigas mais velhas já terão terminado a sua escolaridade aos 18 anos e a adesão à Bondo não irá interferir com o seu processo educativo.

Estas mesmas razões são pouco prováveis de conduzir ao abandono total da prática: se as raparigas e as suas famílias entenderem que conseguiram gerir bem as consequências negativas do C/MGF, como os riscos para a saúde ou a interferência na educação, deixa de haver razões para se terminar com a prática.

- Existem diferentes entendimentos sobre o que é uma criança. Nas comunidades rurais africanas, as crianças podem não ser definidas pela sua idade e podem ser consideradas como adultas assim que atingem a puberdade. Frequentemente as crianças deixam de ver-se a si próprias enquanto tal no início da puberdade.
- A ideia de que as raparigas na Serra Leoa têm igualdade de acesso à educação e de permanecer na escola até aos 18 anos também pode ser problemática. Resultados preliminares do SL DHS de 2013 demonstram que, a nível nacional, 56% das mulheres não têm escolaridade, 14% frequentaram apenas o ensino primário, e que 30% frequentaram o ensino secundário (SSL & ICF International, 2014). É provável que a proporção de raparigas e mulheres sem escolaridade seja maior nas zonas rurais, onde a prevalência do C/MGF é mais alta.
- Esta iniciativa não aborda o problema de que as mulheres com C/MGF têm maior probabilidade de sofrer complicações obstétricas do que as mulheres que não sofreram a prática, e que os riscos são maiores quanto maior for a extensão do C/MGF.
- Outra ideia implícita à iniciativa do adiamento é a de que as raparigas podem tomar as suas próprias decisões sobre se querem ou não ser sujeitas ao C/MGF, e que a decisão de NÃO fazer o C/MGF será respeitada. É mais difícil ver esta ideia tornada realidade nos contextos rurais, onde a prevalência de C/MGF é mais elevada, onde as raparigas têm menor probabilidade de serem escolarizadas ou de terem acabado os seus estudos; há uma menor probabilidade de os outros respeitarem e defenderem os pontos de vista das raparigas; e há uma menor probabilidade de elas

serem capazes de resistir à pressão do estigma social que irão sofrer se não forem excisadas.

- Uma vez que a convenção social de se submeter ao C/MGF ainda está presente e não tem sido abordada, as raparigas podem estar ainda sob uma grande pressão para fazer o C/MGF, e podem ter mais dificuldade em resistir se não existir na comunidade um sistema de apoio à sua decisão de recusa.
- Por último, esta iniciativa falha na abordagem do facto de que o C/MGF é uma violação de direitos humanos, independentemente da idade em que ocorre.

A Estratégia

A necessidade de uma estratégia nacional para o C/MGF

Demografia – Alta taxa de prevalência

Nove em cada dez mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos foram submetidas ao C/MGF na Serra Leoa, fazendo com que este seja um dos países com as taxas de prevalência mais altas do mundo. O C/MGF acontece em todos os distritos, entre todos os grupos étnicos, entre todos os grupos religiosos e entre todos os estratos socioeconómicos, embora com alguma variação.

Aumento potencial dos danos do C/MGF para a saúde

Quanto mais novas forem as raparigas que sofrem C/MGF, mais sentem as complicações físicas imediatas e a curto prazo desta prática, e mais anos vivem com as complicações daí decorrentes para a saúde física e mental. A proporção de meninas sujeitas a C/MGF com menos de 10 anos de idade aumentou cerca de 5%, com um decréscimo proporcional naquelas que sofrem a prática entre os 10 e os 19 anos de idade.

Compromisso com os direitos para o cumprimento dos direitos

O GoSL aceitou o relatório de Revisão Universal Periódica com recomendações apelando ao abandono por completo do C/MGF, reconhecendo assim que o C/MGF viola os direitos das raparigas e das mulheres, impede a sua integridade física e mental, o seu direito à liberdade sem violência ou discriminação e, em casos extremos, a sua própria vida.

Novas parcerias e acordos

Desenvolveram-se Memorandos de Entendimento (MoUs) para o fim do C/MGF pelo Ministério da Segurança Social, do Género e da Criança (MSWGCA); alguns foram iniciativas dos chefes tradicionais, outros de ONGs locais, com ex-

cisadoras tradicionais e outros líderes tradicionais e comunitários. Algumas excisadoras tradicionais começam a compreender a ligação entre o corte e as consequências para a saúde, e algumas juntam-se a campanhas para acabar com o corte, sendo que são cada vez mais as que concordam com o adiamento do corte até aos 18 anos de idade.

Diversos esforços para o abandono do C/MGF

Cada vez mais organizações trabalham para o abandono do C/MGF através de várias abordagens e estratégias. Estas vão da sensibilização acerca dos efeitos negativos da prática para a saúde, à utilização do diálogo intergeracional para criar espaços para a discussão pública sobre a prática. Algumas organizações estão a tentar promover a ideia de estar na Bondo sem ser-se cortada, outras fazem campanhas comunitárias onde ligam o C/MGF a outras práticas nefastas como casamento precoce, gravidez precoce, e de como a prática compromete a escolaridade e o desenvolvimento pessoal das raparigas. É interessante verificar que, desde a guerra, mais ONGs estão a promover o conhecimento e a compreensão do C/MGF pelas mulheres da perspetiva dos direitos humanos.

Contudo, as atividades para reduzir ou abandonar o C/MGF têm sido fragmentadas, em pequena escala e implementadas pouco a pouco, com pouca ou nenhuma coordenação, resultados ou consenso sobre quais são as estratégias mais efetivas para o abandono do C/MGF. Muitas das abordagens para o abandono do C/MGF na Serra Leoa nunca foram avaliadas no seu impacto para a redução da prática.

Aumento da base demonstrativa

Tem havido um aumento de investigações sobre a prática do C/MGF na Serra Leoa, que examinaram o processo de tomada de decisão para o C/MGF e a sua medicalização (Bjälkander *et al.*, 2012a), as complicações para a saúde (Bjälkander *et al.*, 2012b), e as perspetivas dos rapazes acerca da prática (Bjälkander, 2013). Realizou-se um estudo preliminar sobre os padrões de C/MGF na Serra Leoa (Gruenbaum, 2008), e outro sobre os fatores que contribuem para o abandono do C/MGF (Horn, 2012). Também existem análises de dados que fornecem informação sobre as dinâmicas do C/MGF (Mathers, 2012). Alguns artigos exploraram como a prática pode ser erradicada na Serra Leoa (Mgbako *et al.*, 2010), e uma tese examinou a complicada relação de poder entre os políticos e os membros da Sociedade Bondo no contexto do clamor internacional contra a prática de C/MGF (Bosire, 2012).

O processo de formulação de uma estratégia

A estratégia para o C/MGF foi desenvolvida através de uma abordagem multidimensional e participativa, que incluiu a revisão da literatura existente sobre o estado atual da prática.

Um grupo de referência juntou membros do MSWGCA, do Ministério da Saúde e Saneamento (MoHS), organizações da sociedade civil, da Comissão dos Direitos Humanos, da Unidade de Apoio Familiar da Força Policial, parceiros de desenvolvimento, bem como as agências da ONU relevantes.

Durante as entrevistas, os interlocutores falaram sobre o seu entendimento do significado do C/MGF, que tipo de trabalho, de papéis e de responsabilidade devem desenvolver nas suas organizações ou grupos para o abandono do C/MGF, e também sobre detalhes de programas específicos de C/MGF.

As discussões dos grupos focais durante as consultas distritais consistiram em: grupos comunitários de advocacia, delegados médicos distritais, grupos de raparigas, presidentes de câmaras municipais ou chefes dos conselhos locais, homens e rapazes, ponto focal do MWSGCA para o género, chefes tradicionais, líderes religiosos, Soweis. Os encontros com as raparigas e mulheres foram organizados de modo a que incluíssem alguma diversidade em termos de idade, localização geográfica, estatuto socioeconómico, escolaridade e estado civil, incapacidade(s) física(s), e frequência ou não do ensino escolar.

As discussões giraram em torno dos significados do C/MGF nas comunidades, dos efeitos da prática e das mudanças da prática nas comunidades. Os participantes foram encorajados a falar sobre as suas experiências de C/MGF e a partilhar detalhes de projetos das suas comunidades para o abandono do C/MGF.

O workshop para o desenvolvimento da estratégia nacional, que durou um dia, possibilitou a existência de uma plataforma para consulta, discussão e partilha de informação. Os participantes eram membros dos grupos de referência e de representações distritais dos chefes tradicionais, dos chefes distritais, dos oficiais distritais, de organizações comunitárias para o abandono do C/MGF, excisadoras tradicionais, líderes e defensores de desenvolvimento comunitário, líderes religiosos, academia, Unidade de Apoio Familiar da Força Policial e o Vice-Diretor de Género do MSWGCA. Reuniões de validação, que ocorreram em seis locais, deram aos participantes a oportunidade de rever a estratégia, de fazer recomendações e de propor ações e parcerias para a sua implementação. Estes encontros foram liderados pelo MSWGCA e pela UNICEF aos níveis regional e distrital.

A Estratégia

- Visão: Serra Leoa sem C/MGF
- Objetivo: Até 2020 reduzir em 20% a prevalência de C/MGF em raparigas até aos 18 anos
- Áreas Estratégicas e Resultados 2016-2020.

Os resultados esperados desta estratégia são os seguintes:

Resultado 1	Existência de um ambiente político, legal e religioso favorável ao abandono do C/MGF
Resultado 2	Reforço das capacidades nacionais para prevenir o C/MGF e cuidar das mulheres que vivem com C/MGF
Resultado 3	Maior compromisso público das comunidades para o abandono sustentável do C/MGF
Resultado 4	Coordenação, monitorização e avaliação de mecanismos estabelecidos, e aumento do conhecimento sobre C/MGF

Resultado 1: Existência de um ambiente político, legal e religioso favorável ao abandono do C/MGF

Para melhorar o ambiente político, legal e religioso, e torná-lo favorável ao abandono do C/MGF, os líderes recebem formação e apoio para desenvolver formas de desconectar o C/MGF da instituição Bondo. As discussões com os Soweis focaram-se em como reenquadrar a instituição Bondo mantendo os seus valores fundamentais – solidariedade, identidade cultural e lealdade. Os Soweis são também encorajados a conduzir a Bondo sem cerimónias de corte. É dado apoio aos líderes cristãos e muçulmanos para criarem uma declaração conjunta, onde se afirme que o C/MGF não é um requisito religioso, e encorajam-se os seus membros a reproduzir esta mensagem nas suas respetivas congregações.

Resultado 2: Reforço das capacidades nacionais para prevenir o C/MGF e cuidar das mulheres que vivem com C/MGF

Planos, políticas e referentes relevantes são identificados pelos Ministérios, Departamentos e Agências, nos quais o C/MGF pode ser incorporado para apoiar os esforços de abandono. O MSWGCA irá desenvolver um documento interministerial conjunto, afirmando o compromisso do Governo no abandono do C/MGF. São criadas casas-abrigo para mulheres em risco e o C/MGF é integrado nos currículos escolares das crianças e dos/as profissionais de saúde. Os/as intervenientes-chave da comunidade recebem formação para defender o abandono do C/MGF. Os estatutos existentes que proíbem o C/MGF antes dos 18 anos são monitorizados de forma independente. Mulheres profissionais de saúde, na linha da frente em hospitais regionais, recebem formação para reconhecer, tratar e cuidar

de mulheres com C/MGF. Detalhes sobre o estado do C/MGF e sobre a extensão anatômica do corte são incorporados no sistema de informação nacional para a gestão da saúde.

Resultado 3: Maior compromisso público das comunidades para o abandono sustentável do C/MGF

As comunidades e os seus líderes assumem a dianteira no desenvolvimento de estratégias para se falar publicamente sobre C/MGF – numa perspetiva de cuidados de saúde e de direitos humanos, apoiada por ONGs e organizações comunitárias locais. Através do diálogo, os líderes são encorajados a ver o C/MGF como uma convenção social, e as comunidades prontas a desligar o C/MGF da instituição Bondo são equipadas para o fazerem. Os líderes comunitários devem apelar publicamente ao abandono do C/MGF e estes compromissos devem ser apoiados por medidas para prevenir o C/MGF. As atividades ao nível comunitário devem também incluir o estabelecimento e apoio de organizações lideradas pela juventude para promover o abandono do C/MGF.

Resultado 4: Coordenação, monitorização e avaliação de mecanismos estabelecidos, e aumento do conhecimento sobre C/MGF

Um comité diretivo nacional para o C/MGF é estabelecido sob responsabilidade do MSWGCA, bem como subcomités políticos e de orientação técnica. Pontos focais e comités de coordenação estabelecem-se a nível ministerial, distrital e junto dos chefes locais. Atividades de monitorização e de avaliação regulares da estratégia são conduzidas e aplicadas, e os resultados são gerados através de investigação para a ação efetiva para o abandono do C/MGF.

Resultado 2 - Reforço das capacidades nacionais para prevenir o C/MGF e cuidar das mulheres que vivem com C/MGF

As atividades específicas para atingir este objetivo são:

- Planos, políticas e referentes relevantes são identificados pelos ministérios, departamentos e agências nos quais o C/MGF pode ser incorporado para apoiar os esforços de abandono;
- O MSWGCA irá desenvolver um documento interministerial conjunto afirmando o compromisso do Governo no abandono do C/MGF;
- São criadas casas-abrigo para mulheres em risco de C/MGF;
- O C/MGF é integrado nos currículos escolares das crianças e dos profissionais de saúde;
- Os intervenientes-chave da comunidade recebem formação para defender o abandono do C/MGF;

- Os estatutos existentes que proíbem o C/MGF antes dos 18 anos são monitorizados de forma independente;
- Mulheres profissionais de saúde, na linha da frente em hospitais regionais, recebem formação para reconhecer, tratar e cuidar de mulheres com C/MGF;
- Detalhes sobre o C/MGF e a extensão anatómica do corte são incorporados no sistema de informação nacional para a gestão da saúde.

Mulheres profissionais de saúde, na linha da frente em hospitais regionais, recebem formação para reconhecer, tratar e cuidar de mulheres com C/MGF

Os/as profissionais de saúde nem sempre estão familiarizados/as com os problemas de saúde relacionados com o C/MGF e não são ensinados/as a lidar com as complicações do C/MGF para a saúde reprodutiva, gravidez e parto, ou os seus efeitos para a vida sexual das mulheres. Na Serra Leoa, onde o C/MGF é a regra, os/as profissionais de saúde podem nunca ter visto órgãos genitais femininos adultos sem corte e podem não perceber que esta prática implica a remoção desnecessária de tecido saudável.

Desenvolver um módulo para formar profissionais de saúde na linha da frente sobre as complicações do C/MGF e de como prevenir a sua medicalização

As atividades para desenvolver um módulo sobre C/MGF estão planeadas nas seguintes fases:

Fase I: Desenhar e realizar pesquisa com profissionais de saúde (tanto os/as que se encontram em formação, como os/as que já exercem as suas funções) para determinar o conhecimento existente sobre o C/MGF e a extensão da sua medicalização. Este estudo irá explorar as perspetivas pessoais e profissionais e experiências dos/as profissionais de saúde face à prática, medir o seu conhecimento da prática, a extensão da medicalização da prática e o seu conhecimento acerca das complicações decorrentes do C/MGF. Também será feita a recolha de todas as ferramentas, materiais de formação, políticas e currículos já existentes e que pretendem prevenir/erradicar a medicalização do C/MGF.

Os resultados deste estudo irão orientar o desenvolvimento de materiais de ensino, garantindo que contêm informação específica ao contexto e que são culturalmente apropriados. Também podem dar indicações sobre quais os/as profissionais de saúde que as raparigas e mulheres com complicações decorrentes de C/MGF procuram para as ajudarem, contribuindo assim para identificar quais os/as profissionais de saúde que devem ter prioridade na formação em C/MGF. Os

resultados também irão fornecer dados de base e de seguimento que irão permitir desenhar e avaliar o currículo.

Fase II: Os resultados da Fase I serão analisados e utilizados para desenvolver um currículo de formação sobre C/MGF, que será ministrado pelo Departamento de Saúde Comunitária.

Fase III: O currículo e os materiais de formação serão desenvolvidos e entregues, e posteriormente avaliados a fim de medir o impacto que a formação dos/as profissionais de saúde tem sobre o que impede que o C/MGF seja realizado por profissionais de saúde.

Referências

- Acland, O. (2016, 21 de março). Ebola ended FGM in Sierra Leone, but now it's back. *Vice News*. Disponível em: <https://news.vice.com/article/ebola-ended-fgm-in-sierra-leone-but-now-its-back> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Asuagbor, L. (2016). *Status of implementation of the Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Disponível em: <http://www.peaceau.org/uploads/special-rapporteur-on-rights-of-women-in-africa-presentation-for-csw-implementation.pdf> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Bangura, J. (2017). Eradicating FGM could be recipe for social instability. *CONCORDTIMES*. Disponível em: <http://slconcordtimes.com/eradicating-fgm-could-be-recipe-for-social-instability> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- BBC News. (2016, 12 de outubro). *Cut with a blade: Colombia indigenous groups discuss FGM*. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-latin-america-37374006> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Behrendt, A. (2005). *The practice of excision in Moyamba and Bombali districts of Sierra Leone: Perceptions, attitudes and practices*. Dacar: 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(5), 1000-1002.
- Bhonsle, A. (2016, 25 de abril). *Culture and rights: The struggle from within to end FGM*. Disponível em: <http://www.stopfgmmideast.org/culture-and-rights-the-struggle-from-within-to-end-female-genital-cutting/> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Bjälkander, O. (2013). *Female genital mutilation in Sierra Leone*. Disponível em: <https://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/41373>
- Bjälkander, O., Grant, D. S., Berggren, V., Bathija, H., & Almroth, L. (2013). Female genital mutilation in Sierra Leone: Forms, reliability of reported status, and accuracy of related demographic and health survey questions. *Obstetrics and Gynecology International*, Vol. 2013, Article ID 680926.
- Bjälkander, O., Leigh, B., Harman, G., Bergström, S., & Almroth, L. (2012a). Female genital mutilation in Sierra Leone: Who are the decision makers? *African Journal of Reproductive Health*, 16(4), 109-131.
- Bjälkander, O., Bangura, L., Leigh, B., Berggren, V., Bergström, S., & Almroth, L. (2012b). Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. *International Journal of Women's Health*, 4, pp. 321-331.

- Bosire, O. T. (2012). *The Bondo secret society: Female circumcision and the Sierra Leonean state*. Disponível em <http://theses.gla.ac.uk/3506/> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Dirie, M. A., & Lindmark, G. (1992). The risk of medical complications after female circumcision. *East African Medical Journal*, 69, pp. 479-482.
- El-Shawarby, S. A., & Rymer, J. (2008). Female genital cutting. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 18(9), 253-255. doi:10.1016/j.ogrm.2008.07.00
- Gruenbaum, E. (2008). *Patterns of female genital mutilation/cutting in Sierra Leone: A preliminary study*. UNICEF Sierra Leone.
- Hearst, A. A., & Molnar, A. M. (2013). Female genital cutting: An evidence-based approach to clinical management for the primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(6), 618-629.
- Horn, R. (2012). *Factors contributing to the abandonment of female genital cutting in Sierra Leone*. UNICEF Sierra Leone.
- Human Rights Council Working Group on the Universal Periodic Review. (2016). Twenty-fourth session, 18-29 January. *National report submitted in accordance with paragraph 5 of the annex to Human Rights Council resolution 16/21, Sierra Leone*. Under Section C, Treaty Obligations. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/263/10/PDF/G1526310.pdf?OpenElement> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Mathers, N. (2012). *The dynamics of female genital cutting in Sierra Leone and the determinants of abandonment*. UNICEF Sierra Leone.
- Mgbako, C., Saxena, M., Cave, A., & Farad, N. (2010). *Penetrating the silence in Sierra Leone: A blueprint for the eradication of female genital mutilation*. Disponível em: http://ir.lawnet.fordham.edu/faculty_scholarship/398 (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Mohamud, O. A. (1991). Female circumcision and child mortality in urban Somalia. *Genus*, 47, pp. 203-223.
- Njue, C., & Askew, I. (2004). *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*. *Frontiers in Reproductive Health Program*. Nairobi: Population Council.
- Obermeyer, C. M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update of the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7, pp. 443-461.
- Serour, G I. (2013). Medicalization of female genital mutilation/cutting. *African Journal of Urology*, 19, pp. 145-149.
- SSL (Statistics Sierra Leone) & ICF International. (2014). *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2013*. Freetown, Sierra Leone & Rockville, Maryland, USA: SSL & ICF International.
- The Child Right Act. (2007). Disponível em: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2007-7p.pdf> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- The Devolution of Estates Act. (2007). Disponível em: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2007-21p.pdf> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- The Domestic Violence Act. (2007). Disponível em: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2007-20p.pdf> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- The Registration of Customary Marriage and Divorce Act. (2007). Disponível em: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2009-01.pdf> (consultado a 22 de setembro de 2017).
- UNFPA (United Nations Population Fund). (2015). *Demographic perspectives on female genital mutilation*. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/docu>

- ments/19961027123_UN_Demographics_v3%20(1).pdf (consultado a 22 de setembro de 2017).
- UNICEF (United Nations Children's Fund). (2016). *UNICEF's data work on FGM*. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf (consultado a 22 de setembro de 2017).
- Vloeberghs, E., Kwaak, A., Knipscheer, J., & Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health, 17*(6), 677-695.
- WHO (World Health Organization). (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Geneva: WHO Press.
- 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*(9525), 1835-1841.

II Parte
Respostas Institucionais
em Portugal e na Europa

9.

Promoção de Comportamentos de Mudança na Erradicação da Mutilação Genital Feminina

Filomena Djassi

Fundação Aga Khan

A imigração deveria ser um fator de desenvolvimento e mudança social – quer no país de acolhimento, trazendo diversidade cultural, herança cultural e necessidade de integração, quer pela possível influência no país de origem.

A cultura, sendo diversa e herdada, tem sempre dimensões tangíveis e intangíveis, que são importantes para o sucesso de integração. Nesse sentido, e com base na reflexão de Arjun Appadurai (2004), entendo que o processo de integração de imigrantes não pode olhar para estas dimensões de forma isolada, porque o indivíduo está associado a um sistema que engloba o corpo, o trabalho, a cidadania, o território e a identidade; todas estas variáveis estão em constante interação e desafiam sistematicamente as lógicas sociais, culturais e económicas (Stoer & Magalhães, 2004).

Relativamente ao processo de integração, e para que este seja atingido com sucesso, não é possível criar movimentos e expressões culturais desligados da integração económica e social. Esta obriga a reconhecer a imaterialidade da cultura e perceber, no processo de integração, como é que a cultura pode ser materializada. Para que isso aconteça os imigrantes devem ser impulsionadores destas dinâmicas, porque a cultura só é possível de ser mudada e reconstruída de dentro para fora.

Esta reflexão ganha carácter urgente quando falamos das práticas culturais nefastas ao bem-estar dos seres humanos. É o caso da Mutulação Genital Feminina (MGF), enquanto intervenção que envolve a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou que provoca lesões nos órgãos genitais femininos por razões não médicas (OMS, UNICEF & FNUAP, 1997). Os fatores que reforçam ou mantêm esta prática relacionam-se com a identidade cultural, religião, controlo da sexualidade, higiene e estética, honra da família e controlo da sexualidade feminina. A MGF tem consequências físicas (dores urinárias, hemorragia e infeções, alterações uro-ginecológicas, entre outras), psíquicas (ansiedade, terror, depressão, perda de memória, etc.), e fragiliza a condição social da mulher (que,

para ser aceite dentro da comunidade, é submetida a esta prática). É considerada uma prática nefasta porque vai contra os direitos humanos, em particular os das mulheres, e contra questões de base tais como, entre muitas outras, questões socioculturais, económicas, religiosas, o mito da virgindade e da honra familiar.

Este artigo retrata e apresenta reflexões sobre o projeto CHANGE PLUS, que está em curso entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017.

O projeto tem como objetivo a sensibilização para o problema da MGF, a mudança de atitudes e a promoção de mudanças comportamentais ligadas à MGF em comunidades africanas na UE. Os resultados deste projeto prendem-se com a transferência de competências, a avaliação do estado da MGF em Portugal e procura dotar os participantes de conhecimentos para o trabalho em parceria e para o envolvimento com a comunidade. A formação tinha como público-alvo 15 dinamizadores/as e líderes comunitários, que foram formados/as em contexto de sala e com vista ao desenvolvimento de ações na comunidade.

A primeira parte funcionou como um laboratório, no qual foram lançadas questões à comunidade por diferentes especialistas, cabendo ao grupo debatê-las e diferenciá-las em termos culturais, religiosos e de práticas nefastas. Neste movimento foi permitido aos/às participantes discutir as questões relacionadas com esta prática nociva na sua língua de origem, tendo sido o português a língua de ligação, o que permitiu a criação de um movimento interno estimulado pelo exterior. A segunda fase prendeu-se com a aplicabilidade das noções aprendidas num contexto prático, para o qual se mobilizaram pessoas e se organizaram atividades.

Neste processo existiram três dinâmicas que me parecem relevantes para a promoção de comportamentos de mudança na erradicação da mutilação genital feminina: a mobilização, a formação e a visibilidade dos espaços de atuação das lideranças.

Mobilização

A mobilização das pessoas para o envolvimento com o problema e o encontro de soluções adequadas é entendida enquanto medida de combate contra a MGF. Este método permite (1) advogar a causa; (2) pensar em rituais alternativos de passagem da infância à idade adulta, os quais mantêm o ritual e o significado simbólico associado à MGF mas excluem a mutilação propriamente dita – fanado alternativo; (3) desencorajar a prática através da mediatização da problemática e do diálogo com as comunidades, com os líderes políticos, religiosos e outros detentores de poder informal junto da comunidade, baseando essa comunicação na informação acerca dos riscos e das complicações resultantes da MGF para a

saúde física e psicológica da mulher a curto e a longo prazo; (4) Empoderamento das mulheres dentro das comunidades através da promoção do seu acesso à educação, a serviços de saúde e à melhoria das suas condições de vida; e (5) criar políticas e legislação adequadas.

O fator humano é a condicionante de sucesso ou insucesso dos projetos. É igualmente um fator importante na implementação da ação. É nesta fase que se identifica o perfil das pessoas para a participação.

Começámos por estabelecer que a atuação nesta área cabia às próprias comunidades, que deveria haver uma delimitação do espaço geográfico (neste caso, a Grande Lisboa), e por garantir que as comunidades geograficamente identificadas como comunidades praticantes deveriam ter a oportunidade de participar nesta ação, por forma a entender os seus desafios e as suas necessidades no que corresponde ao desenvolvimento e melhoria da sua qualidade de vida.

Por se querer criar um movimento capaz de advogar o fim da mutilação genital feminina, foi colocada como condição à participação a motivação para a aprendizagem e o diálogo entre pares. As pessoas que se associaram tinham como perfil (1) a capacidade de reconstrução de ideias e de formas de estar, e a capacidade de promover o diálogo dentro das suas comunidades; (2) acreditar no pressuposto de que a MGF é uma prática cultural que deve ser mudada.

A capacidade de construção de ideias e formas de estar expressa princípios que orientam o ser humano na aquisição de formas de reconhecimento pessoal e coletivo na relação com os seus pares. Este é um valor atribuído aos seus atos na relação com os outros. Neste pressuposto, as pessoas não são entendidas enquanto instrumento (Kant, 1983) mas sim como um fim em si mesmo. A noção de justiça ganha valor simbólico e procura materializar-se nas oportunidades que damos aos outros em termos de tempo e de possibilidade de se autodescobrirem e construírem.

Cada um de nós tem tempos diferentes, tendo em conta as diferentes aprendizagens, recursos e escolhas. Esse tempo é subjetivo, na medida em que cada um o vive de forma diferente e cria expectativas face aos outros tendo em conta o modo como esse tempo deve ser vivido. A disponibilidade das pessoas para estarem associadas a determinada causa deve coincidir com interesses individuais e coletivos, isto é, que é importante que as pessoas que estejam numa caminhada individual de autodescoberta e sensibilização tenham oportunidade de reforçar os seus saberes coletivamente. Deve haver disponibilidade pública de conhecimento e de recursos indispensáveis à geração de ideias e de oportunidades; por outro lado, é importante que a sociedade, enquanto coletivo, reconheça importantes mudanças sociais e garanta a apropriação dos direitos fundamen-

tais e humanos, fazendo e criando oportunidades individuais de sensibilização e compromisso dos indivíduos em causas que melhorem a sua qualidade de vida.

Entendeu-se a formação reflexiva proposta como um processo individual que permite uma construção coletiva de criação de oportunidades, ancoradas num tempo e num contexto. Criou condições para que as comunidades identificassem quem são os membros que estão em condições de fazer avançar o debate e de construir novas ideias, tendo havido a preocupação de envolver diferentes idades, profissões, formas de estar e paridade entre os géneros.

Acreditar no pressuposto de que a MGF é uma prática cultural contextualizada que deve ser mudada é entender que os grandes problemas sociais podem ser localizados em determinados contextos e locais, mas têm impacto e dimensões universais. É assumir que certos fenómenos se repercutem em vários contextos, tal como o ciclo da pobreza, a exclusão e a MGF. Este último fenómeno, ainda que possa ser identificado em determinados contextos, é uma prática que alastrou para outras sociedades de onde não é originária.

Esta situação cria-nos uma consciência de interdependência dos povos, remetendo-nos para o valor do pluralismo. O pluralismo consiste no reconhecimento de fenómenos de base cultural, no seu entendimento e na sua apropriação enquanto nosso. Ou seja, os elementos ou o elemento de um determinado grupo apropriam-se de uma prática cultural de outro grupo ao reconhecer e ao ter fé (no sentido religioso e de esperança) que essa prática os ajudará a criar condições para a sua comunidade viver em harmonia e evolução. Por vezes essas práticas não fazem avançar as comunidades, mas mantêm-se porque fazem parte de um processo ritualizado.

Entendo que existe no conceito de pluralismo uma articulação compreensiva dos valores que podem ser adquiridos a partir de outras culturas e que devem orientar individualmente e coletivamente. E argumento que esta aquisição deve estar ancorada na responsabilidade de ajudar a melhorar a qualidade das sociedades onde estes indivíduos estão localizados. Isto é, o pluralismo deve sempre trazer uma mudança positiva para o entendimento dos povos e para a evolução da sociedade. Se, por um lado, existe esta matriz do pluralismo, por outro lado devem existir instrumentos que permitam a abolição de práticas que vão contra os direitos humanos. A sua materialização pode ser através das leis e da desconstrução das histórias associadas a práticas culturais nocivas. O facto de se desconstruir este processo é uma oportunidade para uma nova construção, mas este procedimento é interno à própria comunidade. Poderá ser influenciado por pessoas externas, mas é a própria comunidade que o desconstrói, dando-lhe uma nova forma.

Torna-se, assim, num fenómeno complexo, porque cada um destes fenómenos tem tempos diferentes, embora precisem de ocorrer de dentro para fora. Esse exercício poderá ser mais difícil em comunidades em contexto de imigração, cuja urgência de construção imediata das suas vidas acaba por relegar a discussão das práticas culturais para segundo plano, ao invés de se procurar o sentido da sua aplicabilidade nos países de imigração.

Formação

A promoção dos valores em todas as culturas está associada a contextos educativos. Pode tomar formas variadas, de pares para pares, coletivamente ou de cuidadores para os seus educandos.

A formação no projeto CHANGE PLUS consistiu numa formação que utiliza métodos formais e não formais, em 13 módulos ministrados em sete dias. Os/as formandos/as são maiores de 18 anos, vivem na área da Grande Lisboa, pertencem às comunidades afetadas, têm domínio e capacidade de comunicar, são pessoas confiáveis, que têm conhecimentos sobre a questão da MGF e desejam a mudança da sua comunidade. Os formandos têm como obrigatoriedade promover três atividades de mudança de comportamento, participar em dez reuniões mensais, em eventos públicos e reportar as ações.

No contexto referido, a formação é feita entre pares, ainda que no perfil dos formadores estes tenham competências pedagógicas para a sensibilização e transmissão de conteúdos. Aqui houve a preocupação de fomentar saberes e discussões que fomentem a base de convivência na sociedade. Este contexto formativo utilizou elementos simbólicos da cultura como mitos, tradição, língua, ciência e religião como instrumento de desconstrução das questões relacionadas com a MGF. Foi apresentado o impacto da prática da MGF ao nível da saúde, refletiu-se como as orientações religiosas foram interpretadas pelos homens, deliberou-se sobre os mitos e as práticas nefastas das diversas culturas. Este caminho foi feito por homens e mulheres que partilham a mesma cultura, de diferentes idades, experiência profissional e percurso de vida.

Neste espaço formativo houve a possibilidade de se usar as duas línguas em presença, o crioulo e o português. Isto foi importante, pois a língua é um desbloqueador de comunicação, informa e esclarece, permite aproximar. Neste sentido, os usos linguísticos diferentes em termos de idade encontraram um lugar comum no crioulo, onde as discussões foram mais fervorosas e o combate de ideias mais feroz. Este foi um espaço protegido para cada um formular interpretações diferentes e questionar a cultura que legitima a prática da MGF.

Este processo de reflexão levou ao questionamento de grupos dominantes e das suas práticas. Porém, tal não é um processo simples – é mais complicado de ser encarado num processo migratório, pois as pessoas, por questões de sobrevivência física, cultural e afetiva, mantêm os laços com as pessoas dos seus países e contextos de origem, ao mesmo tempo que estes contextos mantêm as culturas, tradições e modos de vida sobre os quais é necessário haver mudança.

O contexto de formação, ao ser um espaço protegido de treino e desenvolvimento de competências, permite aos indivíduos construir os seus valores, reestruturar os seus sentimentos e atualizar as suas ferramentas de participação. Assim, os indivíduos que passam por este processo tornam-se capazes de se posicionar, ao mesmo tempo que assumem e exercem o seu ativismo social.

É igualmente importante considerar que este processo tem custos para os envolvidos. Como desafio, existe o risco associado de não fazer parte da corrente majoritária, e, conseqüentemente, de serem rejeitados ou desacreditados pelos membros da sua cultura de origem. Como fator preventivo, é importante que estes indivíduos tenham uma consciência cívica e elementos associados a uma boa integração social e económica – para que não corram o risco de desestabilizar os seus contextos quotidianos pela falta de apoio familiar, diminuição de envolvimento social e cultural, entre outros, dificultando-se, assim, o seu processo de integração na sociedade de acolhimento.

Visibilidade dos espaços de atuação das lideranças

O papel dos líderes na construção e desenvolvimento das sociedades é determinante. Temos a experiência de que através de líderes carismáticos, ao longo dos tempos, surgiram grandes benefícios para a humanidade.

Porém, admite-se que para a existência dessas lideranças é necessário o indivíduo poder exercer o processo de reivindicação de uma cidadania e de liberdade. Este exercício passa por dinâmicas relacionadas com mobilização e domínio de conhecimento, apropriação de poder, aumento da rede relacional e capacidade de comunicação. Este processo dá uma oportunidade ao elemento participativo de experienciar, de forma individual ou coletiva, uma plataforma onde se constrói e influencia a visão de sociedade que se quer alcançar.

Neste sentido, é indispensável criar espaços reflexivos e mobilizar os indivíduos para participarem em processos de construção de sociedades mais plurais, onde podem distinguir desafios culturais, procurar ferramentas, aplicar a sua própria experiência na resolução de problemas sociais, culturais e fenómenos naturais.

Para esta reflexão Stoer e Magalhães (2004) sistematizaram os cinco lugares da inclusão/exclusão, relacionando-os com o corpo, o trabalho, a cidadania, o território e a identidade. Neste sentido, é indispensável dialogar e informar que estes elementos são, por si só, instrumentos de participação onde pessoas com diferentes backgrounds e configuração física ganham visibilidade para tornar perceptível a sua ação em diferentes espaços. Esta é uma das formas pelas quais a mensagem que se quer passar pode ser passível de ser reconstruída e impulsionadora da cidadania e dos processos plurais.

Por fim, há que salientar o lugar do “africano” neste descritivo que expressa o que foi o projeto CHANGE PLUS para os participantes. Ele diz: “tenho que ir procurar a minha sorte” – o que traduz a ideia de que não são as oportunidades que vêm até nós, mas somos nós que temos que ir buscar essas mesmas oportunidades. Isto desafia as comunidades afetadas pela MGF a serem elas mesmas a fazer emergir uma nova cultura, numa construção individual e coletiva, com diversos motores de mudança, se realmente se quer criar oportunidades para que outras crianças e meninas possam também elas ter a “oportunidade de procurar a sua sorte”.

Sendo assim, o desafio fica também do lado dos países de acolhimento – se querem construir, para os imigrantes, a sorte de viverem em contextos onde se aceita a diferença e, dentro dessa aceitação, permitem a reconstrução dessas mesmas oportunidades e dessa sorte.

Referências

- Appadurai, A. (2004). The capacity to aspire: Culture and the terms of recognition. In V. Rao, & M. Walton (Eds.), *Culture and public action* (pp. 59-84). Palo Alto, Califórnia: Stanford University Press.
- Kant, I. (1983). *Crítica da razão pura*. (V. Rohden & U. B. Moosburger, Trans.). São Paulo: Abril Cultural.
- Stoer, S. R., & Magalhães, A. M. (2004). Education, knowledge and the network society. *Globalisation, Societies and Education*, 2(3), 319-335.
- OMS, UNICEF & FNUAP (1997). *Les mutilations sexuelles féminines: Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP*. Genebra: World Health Organization.

10.

Vozes e Lideranças pelo Fim da MGF

Carla Martingo

P&D Factor

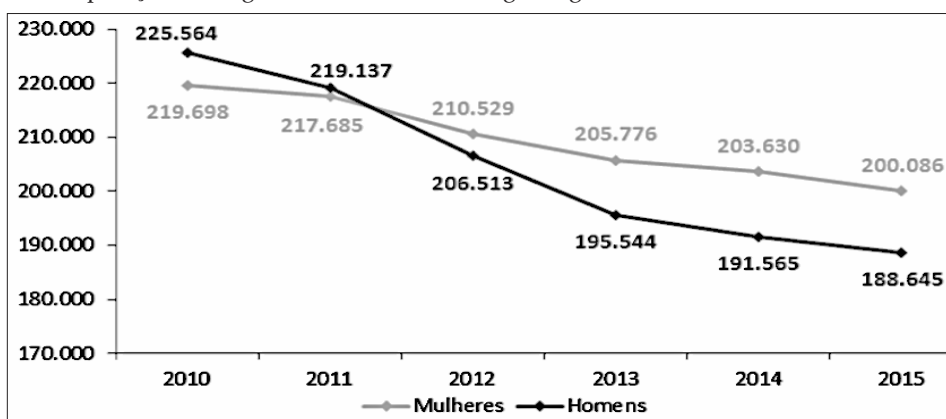
As migrações fazem parte da história de Portugal, tendo o país, desde sempre, beneficiado dos importantes contributos das pessoas migrantes aos mais diversos níveis (na demografia, contas públicas, diversidade étnica e cultural, entre outras áreas).

As cidadãs e os cidadãos estrangeiros/as residentes em Portugal representam cerca de 3,9% do total da população, representando mais de 170 nacionalidades.

Esta enorme e rica diversidade coloca importantes e aliciantes desafios em termos do seu acolhimento e integração.

Em concordância com a tendência verificada noutros países e regiões, tem-se registado uma feminização da imigração. Em 2016, as mulheres migrantes representavam 52% do total das pessoas estrangeiras residentes em Portugal.

População estrangeira residente em Portugal, segundo o sexo, entre 2010 e 2015



Fonte: Observatório das Migrações, ACM

Pese embora se soubesse da existência de mulheres a viver com MGF em Portugal, fruto dos fluxos migratórios de países onde esta prática está documentada,

só mais recentemente, desde 2015, com o estudo do CESNOVA, temos informação quanto à sua prevalência: residem, em Portugal, cerca de 5.246 mulheres em idade fértil submetidas à prática, estimando-se ainda a existência de 1.330 mulheres com 50 e mais anos.

Para além dos dados do CESNOVA, o EIGE (*European Institute for Gender Equality*) realizou um estudo centrado na estimativa de meninas e raparigas em risco de serem submetidas à prática.

Segundo o EIGE, em 2011 residiam em Portugal 5.835 meninas e raparigas provenientes de países com MGF (nascidas no país de origem ou em Portugal) entre as quais se estabeleciam dois cenários de risco: risco elevado e risco baixo, 1.365 no cenário de risco elevado (23%) e 269 de baixo risco (5%).

Distritos	Mulheres residentes			Prevalência MGF		
	15-49 anos	50+ anos	Total	15-49 anos	50+ anos	Total
Lisboa	7494	1829	9323	3704	895	4599
Setúbal	1488	374	1862	737	182	920
Faro	484	80	564	243	39	282
Porto	315	105	420	147	50	198
Aveiro	202	66	268	101	33	134
Coimbra	123	49	172	61	24	85
Braga	126	32	158	58	16	75
Leiria	80	38	118	41	18	59
Santarém	73	45	118	36	21	57
Madeira	36	5	41	18	2	20
Viseu	33	20	53	16	10	26
Açores	28	4	32	14	2	15
Castelo Branco	23	15	38	11	7	19
Beja	19	9	28	11	4	15
Évora	19	8	27	9	4	13
Bragança	18	16	34	9	9	18
Viana do Castelo	15	9	24	8	5	13
Vila Real	15	6	21	8	3	11
Guarda	15	1	16	7	1	8
Portalegre	11	7	18	5	3	9
Total	10617	2718	13335	5246	1330	6576

Em conformidade com os dados do CESNOVA, é no distrito de Lisboa que se encontra o maior número de mulheres com MGF (cerca de 70%) e, dentro des-

te conjunto, cerca de 90% residem nos municípios de Sintra, Loures, Odivelas, Amadora, Lisboa e Cascais.

Perante estes dados, ficou clara a necessidade de uma intervenção territorializada nas zonas geográficas de maior prevalência, potenciando, para tal, sinergias e identificando parcerias e pessoas que pudessem ser agentes de mudança pelo fim da MGF.

Dois exemplos desse tipo de intervenção são os projetos:

- “A(s) Voz(es) contra a MGF”, candidato ao prémio Contra a MGF Mudar Agora o Futuro (2014), promovido pela AJPAS - Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde, em parceria com a P&D Factor - Associação para a Cooperação sobre População e Desenvolvimento (adiante referida como P&D Factor) e com a colaboração da Associação dos Filhos e Amigos de Farim e o apoio da Câmara Municipal da Amadora;
- “Senhoras de Si”, promovido pela P&D Factor e resultante de um protocolo celebrado com a Câmara de Cascais, SeaAgency e em colaboração com parceiros locais da Saúde e Intervenção Social.

No caso do projeto “A(s) Voz(es) contra a MGF”, e a partir do conhecimento dos territórios, quer pelas entidades promotoras dos projetos quer das parcerias e redes locais, foi possível identificar pessoas, do sexo masculino e feminino, potenciais lideranças para o desencorajamento/eliminação da MGF.

No caso do “Senhoras de Si”, como o nome indica, foi estratégica a seleção apenas de senhoras, em articulação com as entidades parceiras, visando especificamente o seu empoderamento.

Neste artigo partilhamos algumas reflexões sobre essas lideranças e vozes, o seu papel e os desafios que se colocam.

i. No que concerne às lideranças e vozes femininas, em primeiro lugar é de elementar justiça enaltecer a força e determinação das mulheres migrantes, tantas vezes o único sustento das famílias, regra geral a trabalhar no setor informal e, como tal, mais desprotegido em termos da garantia dos seus direitos.

A aposta foi, e acreditamos dever ser sempre, no seu empoderamento. Esta capacitação passa por questões várias que vão desde a tomada de consciência de que são sujeitos de direito e o que isso implica nas suas vidas.

A título de exemplo, o plano das sessões das Senhoras de Si, que decorreram aos sábados durante quatro meses (5 de março a 9 de junho de 2016) partiu das próprias senhoras, das suas necessidades e expectativas: conceitos, papéis sociais e direitos da mulher, do homem, da criança e das famílias; saúde das mulheres; violência doméstica; como gerir um orçamento familiar; saber falar em público;

cultura e religião; práticas tradicionais (incluindo a MGF e o casamento infantil), entre outros temas. Realizou-se uma sessão sobre auto-maquilhagem, em que uma formadora as ensinou a maquilhar e um fotógrafo tirou fotografias para cada uma delas. Outra sessão contou com a presença de uma advogada que lhes explicou aspetos da legislação laboral que mais lhes interessavam.

Esta abordagem integrada levou a que as Senhoras sentissem que o tempo que ali passaram foi útil, conseguiram informações/respostas sobre preocupações que tinham e onde recorrer para as resolver.

Esta é uma preocupação subjacente à intervenção da P&D Factor, considerando que todas as intervenções feitas no terreno sejam *win-win*, ou seja, com resultados benéficos para as entidades e técnicos, que alcançam assim os seus objetivos, mas também para as pessoas para quem os projetos são criados.

ii. Uma preocupação da P&D Factor foi mostrar que o tempo que as Senhoras estiveram nas sessões tinha um valor: apesar de ser simbólica, dadas as limitações orçamentais, considerámos essencial dar-lhes uma bolsa que elas não esperavam de todo. Para além desta bolsa, fomos dando pequenas lembranças, no âmbito de cada sessão: um espelho, bases e pincéis, na sessão de auto-maquilhagem; uma calculadora na sessão sobre literacia económica (gestão do orçamento familiar).

Pese embora as motivações financeiras não possam ser o mote para se trabalhar pelo fim da MGF ou outras práticas nefastas, o tempo despendido nestas ações deve ser valorizado. Mais do que meras participantes ou grupo-alvo de projetos, as mulheres migrantes têm de ser protagonistas dos processos em que são visadas/envolvidas.

iii. Falar de mulheres migrantes remete para uma grande diversidade no seu seio – quer em termos de idade, motivações que levaram a deixar os países de origem (reagrupamento familiar, migração laboral, etc.), países de origem, etc. Esta diversidade deve ser acautelada em cada intervenção porque implica realidades, expectativas e percursos de vida igualmente diversos.

iv. A desigualdade está igualmente presente entre as próprias mulheres: as mulheres mais velhas muitas vezes não deixam que as mais novas falem, sobretudo quando se trata de assuntos ligados às tradições (MGF e casamentos infantis), não lhes reconhecendo legitimidade para o fazer.

v. É necessário conhecer melhor as questões da violência nas comunidades migrantes: a violência é encarada como “normal” (violência intrafamiliar, intergeracional, violência doméstica, violência no namoro, etc.). A MGF como forma de violência com base no género acaba por ser mais uma das formas de violência, “normalizada” pela desigualdade de género tão presente nessas comunidades.

vi. Verifica-se uma baixa escolaridade e fraco domínio da língua portuguesa (falada e escrita), que condicionam a intervenção no terreno.

De realçar que a baixa literacia, por um lado, e/ou o não reconhecimento de habilitações, por outro, leva a que um imenso potencial humano se perca ao obrigar estas pessoas ao trabalho indiferenciado, precário, desprotegido, regra geral mal remunerado, o que não lhes permite a independência económica e a gestão das suas vidas.

Acresce que o facto de se ter nascido e emigrado de um país que tem o português como língua oficial (ou que foi uma colónia portuguesa no passado) não implica, à partida, que se domine a língua portuguesa. O não domínio da língua portuguesa pode, assim, ser uma barreira mesmo para estas comunidades.

vii. É necessário trabalhar a autonomia das raparigas e mulheres para que possam, sem o recurso constante a técnicos/as ou a mediadores/as, resolver as suas questões. Isto não quer dizer que os serviços de proximidade não sejam necessários, antes pelo contrário, mas num determinado momento deverão deixar de ser o único canal para resolução de questões.

O ideal, num processo de empoderamento, é que as pessoas consigam assumir a gestão das suas vidas e aceder a recursos sem depender de terceiros.

viii. Devemos insistir e investir na saída destas pessoas das zonas residenciais/bairros onde vivem para lhes dar a conhecer novas dinâmicas, realidades, por forma a combater visões cristalizadas de uma terra de origem que já deixaram há muitos anos, e que entretanto acabou por evoluir, mas que na mente de quem partiu permanece igual ao dia da partida.

ix. O empoderamento pode passar por uma participação mais ativa das mulheres na vida associativa/esfera pública. Para que esta seja possível, é fundamental o envolvimento dos homens pois, muitas vezes, essa mesma participação depende da sua autorização.

x. Falar de capacitação de lideranças femininas implica empoderar para ir para fora das fronteiras das suas comunidades; significa também fazer com que sejam reconhecidas como interlocutoras de profissionais das mais diversas áreas: da saúde, da educação, da área social, da segurança, etc.

Traduz uma capacitação que vai muito além do saber o que é a MGF (causas, tipologia, consequências) e as suas implicações para a saúde. Por exemplo, no que concerne à saúde, é importante saber também como se processa o acesso à saúde, quem são os/as interlocutores/as em cada nível, entre outras informações próprias da Saúde. É fundamental que saibam quais são e como se exercem os direitos pelos quais se batem.

xi. Uma última nota para referir a importância do empoderamento de vários tipos de liderança: religiosa, comunitária e política.

Ao nível das lideranças políticas, temos que nos congratular por Portugal ser um país onde a MGF tem estado na agenda política, tanto a nível central como local.

Refira-se, a título de mero exemplo mas que não esgota o importante papel que tem sido feito nos últimos anos por decisores e decisoras políticos/as, a realização do evento paralelo ao Fórum de Alto Nível sobre Mutilação Genital Feminina, sob o lema *“Let’s be the generation that eliminates FGM once and for all”*, coorganizada por Portugal sob a chancela da Secretaria de Estado para a Cidadania e Igualdade e o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), entre outros organismos.

A nível da Administração Local, pelo apoio dado a projetos/intervenções nesta área, são dignas de referência as câmaras municipais da Amadora, Sintra e Cascais.

E por fim, mas não menos importante, não podemos esquecer nem deixar esquecer os importantes desafios, mas também resultados, que são pedidos a Portugal e a todos os países com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no que concerne à igualdade de género: a transversalidade ao longo dos 17 ODS e, de forma específica, o ODS 5 onde a MGF é uma das áreas a investir.

11.

**Tratar e Cuidar de Meninas e Mulheres com MGF.
Respostas do Reino Unido**

Comfort Momoh

Enfermeira-Parreira e Especialista em MGF

Entre abril de 2016 e março de 2017 houve 9.179 atendimentos registrados nos serviços do Serviço Nacional de Saúde (NHS) e em consultas de medicina geral nos quais se identificou a presença de MGF ou se realizou um procedimento relativo a MGF.

Oitenta e sete por cento desses atendimentos foram em serviços de partos ou de obstetrícia. Os dados para o tratamento foram registrados para seis em cada dez atendimentos.

A idade média das utentes destes atendimentos foi de 31 anos; 95% das mulheres e meninas registradas pela primeira vez em 2016/17 tinha sofrido MGF antes dos 18 anos de idade. Esta informação foi registrada para três em cada dez mulheres e meninas. A luta contra todas as formas de violência contra mulheres e meninas, incluindo a MGF, tanto a nível nacional como internacional, é uma prioridade fundamental para o governo do Reino Unido. Isto é demonstrado pela extensão do trabalho desenvolvido pelo Governo nos últimos anos. Por exemplo, o Secretário de Estado para o Desenvolvimento Internacional coloca as mulheres e as meninas e a igualdade no centro do programa de ajuda, investindo 35 milhões de libras num programa específico de MGF.

Além deste pacote interno sem precedentes sobre a MGF, a Cimeira das Raparigas em 2014 reuniu chefes de Estado, médicos, sobreviventes, instituições de solidariedade e grupos comunitários, e assegurou novos compromissos com o setor privado, líderes religiosos, outras organizações da sociedade civil e governos na luta contra a MGF. O Governo também se comprometeu a trabalhar com outros países para combater a MGF, a aprender com as suas experiências e a compartilhar a abordagem política quando solicitado.

A polícia e o Ministério Público

É importante reconhecer que existem barreiras à acusação que não podem ser facilmente superadas. No momento da mutilação, as vítimas podem ser mui-

to jovens e vulneráveis, ou podem também ter medo de denunciar as ofensas. Também podem ficar relutantes ao terem de implicar membros da própria família na sua denúncia. O Ministério Público só pode considerar prosseguir os casos de MGF que foram referenciados pela polícia após uma investigação. De acordo com o MP, a polícia e o MP têm sido, historicamente, muito passivos na sua abordagem da MGF, esperando que sejam as sobreviventes a tomar a iniciativa e a denunciar.

Em julho de 2017, o Conjunto de Dados Melhorados da Mutilação Genital Feminina (SCCI 2026) apoiou o Programa de Prevenção da MGF do Departamento de Saúde, apresentando o panorama nacional da prevalência de MGF na Inglaterra.

Médicos de clínica geral (GP)

O Governo concordou que os GP têm um papel vital na resposta à MGF e congratula-se com o trabalho do *Royal College of GP* e o *Intercollegiate Group* nesta área. Como parte do programa nacional de prevenção da MGF de 1.443 milhões de libras, o Departamento da Saúde está a trabalhar juntamente com o *Royal College of GP* para entender e desenvolver o papel que os GP devem ter em resposta à MGF, bem como em incorporar o funcionamento do trabalho conjunto entre GP e outros profissionais de saúde para melhorar a partilha de informações, a proteção e a prestação de cuidados de saúde personalizados.

Após a Cimeira das Raparigas no Reino Unido em 2014, o Governo publicou diretrizes atualizadas multi-agências sobre o tratamento de casos de MGF, e discutiu um objetivo-chave para um plano de ação nacional sobre a MGF. A ideia é superar as reticências dos/as profissionais em lidar com a MGF, para que possam responder da mesma forma que noutros casos de abuso infantil. A formação é importante para que os/as profissionais tenham confiança para falar sobre MGF. Mas isso também implica tornar essas conversas rotineiras, para que os/as profissionais superem qualquer estranheza que possam sentir sobre o tema.

O governo do Reino Unido é claro ao considerar que a MGF é uma forma de abuso infantil e é uma ofensa criminal. Concorda que os/as profissionais devem ser capazes de reagir à MGF tal como em qualquer outra forma de abuso. A formação deve fornecer-lhes os conhecimentos e ferramentas que precisam para cumprir suas responsabilidades de salvaguarda, e isso deve incluir uma sensibilização para problemas como a MGF. O “treino” incluirá formação inicial e desenvolvimento profissional contínuo.

No que diz respeito à formação inicial de professores/as, todos os/as professores/as recém-qualificados/as são avaliados/as sobre, e devem cumprir, padrões

profissionais que exigem a demonstração da compreensão das suas responsabilidades de salvaguarda e que têm em conta a necessidade de assegurar o bem-estar dos/as alunos/as, de acordo com as disposições legais.

O Departamento de Educação fez consultas durante o verão de 2014 sobre a primeira Declaração de Conhecimentos e Competências, elaborada pela Chefe de Serviço Social Isabelle Trowler, que congregou num só lugar tudo o que os/as assistentes sociais da criança e da família precisam de saber e de serem capazes de fazer. O Departamento de Educação já publicou a sua resposta a esta consulta, incluindo a versão final da Declaração da Chefe de Serviço Social. Esta afirma que os/as assistentes sociais devem poder (entre muitas outras coisas):

- Reconhecer os danos e os indicadores de risco de diferentes formas de dano às crianças relacionadas com abuso sexual, físico, emocional e negligência;
- Considerar a possibilidade de exploração sexual de crianças, o seu aliciamento (online e offline), MGF e casamento forçado;
- Liderar a investigação de alegações de danos significativos causados às crianças nas consultas com outros profissionais e supervisores.
- Os/as diretores/as de escola e chefes de serviço podem concentrar-se no desenvolvimento profissional contínuo em relação às questões mais relevantes para sua organização e/ou a sua área. Isso permite-lhes levar em conta as necessidades das crianças com quem trabalham, incluindo crianças de comunidades onde a MGF pode ser praticada, e formação prioritária que permitirá que a equipa atenda essas necessidades.

O pacote de *e-learning* multi-agências sobre MGF, publicado pelo Governo em julho de 2014, juntamente com o pacote de orientação e recursos publicado nessa altura, pretende sensibilizar os/as profissionais sobre a MGF e mostrar-lhes novas fontes de informação e de aconselhamento. No primeiro mês em que o pacote de *e-learning* estava disponível, mais de 800 profissionais completaram o curso e 99,6% deles/as recomendá-lo-iam a outros/as colegas.

Responsabilidades

Um dos objetivos da unidade especializada de MGF é utilizar eventos de divulgação para promover todas as orientações e recursos disponíveis para profissionais e serviços de apoio de sinalização. A orientação estatutária – sobre a cooperação multi-agências em *Working Together to Safe Children* (2013) e sobre o papel das escolas em *Keeping Children Safe in Education* – estabelece claramente as responsabilidades de organizações e profissionais, e contém links para informações e orientações mais detalhadas sobre a MGF.

O Departamento da Saúde encomendou à *Health Education England* a produção de cinco novas sessões de formação sobre MGF em *e-learning*, a primeira das quais foi lançada em 26 de novembro de 2014. Estas foram fornecidas na plataforma nacional “*eLearning for Health*” e estão disponíveis para todos os organismos do Serviço Nacional de Saúde sem custo. Os módulos de *e-learning* contêm conselhos práticos sobre como fazer perguntas “difíceis” sobre a MGF de forma sensível, dar aos/as profissionais de cuidados de saúde a confiança para cumprir seu papel de proteger as meninas, prevenir a MGF e cuidar de mulheres e meninas que foram submetidas à MGF. Também estão disponíveis recursos online atualizados sobre MGF no site *NHS Choices*, com uma gama de filmes para profissionais de saúde que descrevem como colocar questões difíceis com delicadeza.

As páginas web incluem conselhos, links para orientação, detalhes de clínicas especializadas em MGF no NHS e links para linhas de ajuda e para as ONGs, que podem ajudar os/as funcionários/as do NHS que não têm a certeza sobre o que fazer. Os/as profissionais de saúde já são obrigados/as a informar a polícia ou os serviços sociais sempre que tenham a preocupação de que uma criança corre o risco de qualquer tipo de abuso, incluindo MGF. O Governo concorda que é importante que haja um claro ponto de contacto entre o NHS e os serviços sociais onde uma criança é identificada como estando em risco de MGF. O Departamento de Saúde e o Departamento de Educação desenvolveram ferramentas de avaliação de risco de MGF mais detalhadas para profissionais e assistentes sociais. Também recomendam que o *Royal College of Pediatrics and Child Health* altere o Registo de Saúde Pessoal da Criança, ou Livro Vermelho, para incluir uma referência específica ao risco de MGF para a criança, e quaisquer medidas de salvaguarda que foram tomadas.

Escolas

O Governo concorda que é vital que o pessoal docente esteja ciente dos indicadores de diferentes formas de abuso, e saiba quais as ações a tomar. É vital que o pessoal docente tenha consciência desses indicadores e saiba quando encaminhar o assunto para o atendimento social das crianças e para a polícia. A orientação sobre a MGF foi enviada a todos/as professores/as e agentes de proteção infantil e todos/as devem seguir uma formação obrigatória de salvaguarda que trata especificamente da MGF.

A orientação estatutária do programa “Manter as Crianças Seguras na Educação” (*Keeping Children Safe in Education*) (abril de 2014) estabelece claramente as responsabilidades das escolas e dos seus funcionários. *Keeping Children Safe in Education* (KCSIE) abrange todas as formas de abuso e contém links para orien-

tações mais detalhadas sobre riscos específicos, incluindo a MGF. A orientação sobre a MGF, que inclui um capítulo destinado especificamente às escolas e faculdades, contém informações sobre os sinais de alerta que os/as profissionais devem procurar.

Os/as diretores/as de escola e as lideranças de proteção infantil nas escolas devem ser formados/as para realizar os seus deveres estatutários. Os/as diretores/as dos estabelecimentos de ensino devem utilizar o seu discernimento profissional para determinar qual o tipo de formação mais apropriada para as necessidades dos/as seus/suas funcionários/as e da sua escola. O KCSIE afirma que a formação de salvaguarda deve abranger, no mínimo, o conteúdo da orientação e que as escolas podem querer entrar em contacto com seu Conselho Local de Proteção de Crianças para obter aconselhamento sobre a formação mais adequada. Além disso, para ajudar as escolas a identificarem a formação de salvaguarda mais adequada, os/as funcionários/as trabalharam com um consórcio de especialistas em salvaguarda, que desenvolveram materiais de formação atualizados e que refletem o conteúdo da *Keeping Children Safe in Education*.

A OFSTED (*Office for Standards in Education, Children's Services and Skills*) reconhece a importância da MGF no seu sistema de inspeção, e a sua orientação de salvaguarda aos/as inspetores/as estabelece claramente que os/as inspetores/as devem estar cientes de que a orientação existente é a vigilância para o risco de a MGF ser praticada. A orientação indica que, quando apropriado, os/as inspetores/as podem verificar a consciência do problema entre os/as funcionários/as superiores e garantir que todos/as os/as funcionários/as estejam conscientes dos riscos, podem perguntar ao staff da formação o que se está a passar e se a escola tomou qualquer ação oportuna e apropriada em relação a preocupações com crianças específicas.

Recomenda-se que, quando a OFSTED avalie a existência de PSHE (*Personal, Social and Health Education*) nas escolas, examine explicitamente a abordagem da escola à educação sobre MGF e à violência contra as mulheres. A OFSTED é obrigada a informar se o currículo oferecido pela escola é amplo e equilibrado e se promove o desenvolvimento espiritual, moral, social e cultural de todos/as os alunos/as. As inspeções da OFSTED também devem abranger o comportamento e a segurança dos/as alunos/as na escola. Estas avaliações podem refletir como uma escola ensina os/as seus/suas alunos/as sobre questões de violência baseada no género. No entanto, a OFSTED não inspeciona disciplinas curriculares individuais como a PSHE enquanto parte das inspeções rotineiras da escola.

A OFSTED recomenda que a PSHE seja obrigatória, incluindo o ensino a crianças sobre MGF em áreas de alta prevalência. Todas as escolas devem ensinar

PSHE, com base em boas práticas, e descreveu esta expectativa na introdução ao enquadramento do novo currículo nacional. A OFSTED está empenhada em trabalhar com escolas e outros/as especialistas para garantir que os/as jovens estão a receber informações apropriadas para a sua idade, que lhes permitam tomar decisões informadas e em segurança. Todos os conselhos locais de salvaguarda de crianças precisam de desenvolver protocolos de avaliação de risco, claros e consistentes, para que seja criado um plano de ação apropriado para cada criança referenciada pelos serviços sociais.

O Governo concorda que são necessários protocolos de avaliação de risco claros e consistentes.

12.

**Abordagens Reparativas nos Cuidados de Saúde:
Das Narrativas Femininas à Justiça Restaurativa
no C/MGF**

Michela Villani

Universidade de Friburgo, Suíça

As mulheres de origem subsariana que vivem em países europeus começaram a falar sobre o Corte/Mutilação Genital Feminina (C/MGF) e apelam a cuidados de saúde específicos quando sentem que sofreram danos (Berg & Underland, 2013; Johansen *et al.*, 2013; Leye *et al.*, 2006; Villani *et al.*, 2016). O contexto sociopolítico internacional é abertamente contra essas práticas tradicionais, que são realizadas por muitos grupos étnicos em diferentes países africanos. Mesmo que pesquisas recentes mostrem que outras áreas geográficas, como o Iémen, o Iraque e a Indonésia, são afetadas pelo C/MGF (Andro & Lesclingand, 2017; UNICEF, 2016; Yoder *et al.*, 2013), a prevalência e a concentração de C/MGF permanecem mais elevadas nas regiões subsarianas. O continente africano tem sido alvo de muitas campanhas de saúde pública ao longo dos anos (Boddy, 2007; Mackie, 2000; Shell-Duncan, 2008), o que contribuiu para moldar a percepção sobre a prática entre as populações expostas a tais campanhas (Berg & Denison, 2013; Vogt *et al.*, 2016). Mesmo que os principais objetivos dessas campanhas fossem eliminar o C/MGF, a propagação das mensagens tem sido muitas vezes muito agressiva e acabou por ter efeitos colaterais diferentes. Alguns acadêmicos destacam que essas campanhas ajudaram a representar a “excisão” e a “infibulação” como especificidades do problema ginecológico das mulheres africanas, o que se tornou um viés para os/as profissionais de saúde durante o diagnóstico (Leye *et al.*, 2008; Tamaddon *et al.*, 2006; Zaidi *et al.*, 2007). Outros demonstraram que as mulheres africanas, especialmente na diáspora, viram sua imagem corporal, a sua autoestima ou seu modelo de gênero enfraquecido (Berg *et al.*, 2010; Mulongo *et al.*, 2014; Whitehorn *et al.*, 2002) devido à estigmatização da prática no contexto migratório (Gruenbaum, 2001; Johnsdotter & Essén, 2016).

Desde o final da década de 1990, o C/MGF foi definido como uma “prática nefasta” (UNICEF, 2013) e grandes esforços foram empregues, no Sul e no Norte, para evitar que tais práticas fossem realizadas em crianças (Berg & Denison, 2012). O C/MGF tem sido considerado há mais de três décadas como causador

de “danos irreversíveis” na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Um ponto de viragem ocorreu com a introdução da cirurgia reconstrutiva do clítoris, uma técnica cirúrgica que tem o objetivo de restaurar o “corpo original” reparando o clítoris cortado (Villani, 2009). Esta cirurgia visa reconstruir um clítoris de aparência normal, que é realocado na posição anatómica correta e potencialmente funcional em relação à sua inervação (Foldes & Louis-Sylvestre, 2006). Se a questão do protocolo cirúrgico ainda é discutida e as evidências são estudadas (Abdulcadir *et al.*, 2015; Berg *et al.*, 2017), a cirurgia reconstrutiva abalou o paradigma de “danos irreversíveis” e, desde então, abriu as possibilidades de reconstrução (Foldes *et al.*, 2012; Villani & Andro, 2010). Se muitos estudos médicos relatam e documentam os efeitos colaterais e os benefícios da cirurgia reconstrutiva, este artigo propõe-se analisar o impacto sociológico da cirurgia reconstrutiva sobre as percepções das mulheres e os significados de “reparação”. Estudos têm mostrado que a ressecção da fibrose clitoriana, e o acesso mais fácil ao próprio clítoris, pode melhorar o prazer e diminuir a dor (Abdulcadir *et al.*, 2015; Foldes *et al.*, 2012; Paterson *et al.*, 2012). Outros autores sublinharam as implicações da reconstrução tanto para a identidade de género como para a imagem corporal (Abdulcadir *et al.*, 2011). Outras pesquisas mostraram que a operação é uma oportunidade privilegiada para muitas mulheres questionarem e reavaliarem os valores tradicionais que as suas famílias lhes ensinaram (Andro *et al.*, 2014; Foldes *et al.*, 2012; Villani & Bodenmann, 2017). O tratamento das mulheres africanas com C/MGF começou então a utilizar uma abordagem multidisciplinar, na qual a medicina começou a desenvolver as dimensões psicosssexuais, éticas, morais e sociais na área da saúde (De Schrijver *et al.*, 2016). Poucos estudos analisaram os cuidados de saúde multidimensionais e as necessidades das mulheres.

A gestão do C/MGF varia de acordo com os sistemas nacionais de saúde nos diferentes países europeus (Leye *et al.*, 2006), os protocolos multidisciplinares são cada vez mais adotados e o aconselhamento específico é encorajado (De Schrijver *et al.*, 2016). Dentro do aconselhamento, as mulheres com C/MGF devem passar por um processo reflexivo importante. Elas devem rever e reconsiderar não só as tradições e normas parentais (Villani & Bodenmann, 2017), mas também os seus próprios corpos. Neste processo de reconstrução, elas investem diferentes significados de “reparação”, os quais este artigo propõe destacar.

Caixa 1: Inquérito e métodos

O processo de reconstrução envolve várias dimensões (biológicas, emocionais, morais, psicológicas, sexuais), nas quais as mulheres investem em diferentes estágios dos seus cursos de vida e com diferentes significados. Em particular, tive a oportunidade de acompanhar durante quase dois anos uma equipa médica num hospital que oferece a cirurgia de reconstrução do clítoris. Durante este processo médico, ao qual chamo de “caminho para a reparação” (Villani, 2009), os/as profissionais de saúde desempenham um papel multidisciplinar e ético. Investiguei em profundidade os significados atribuídos pelas mulheres ao termo “reparação”, que constitui a génese de qualquer pedido de cuidados de saúde. A análise do item “reparação” baseia-se em duas pesquisas qualitativas realizadas em França (de 2007 a 2009) e na Suíça (2013-2014). No total foram entrevistadas 40 mulheres: 8 mulheres imigrantes de origem subsariana que vivem na Suíça com C/MGF de Tipo III (infibulação) e 32 mulheres de primeira e segunda geração que vivem em França com C/MGF de Tipo II (excisão), que foram submetidas ou pediram uma reconstrução do clítoris num hospital público. Todas as mulheres foram interrogadas sobre o significado que dão ao termo “reparação”, considerando a sua saúde e a sua vida sexual.

O grupo de mulheres com infibulação e o grupo de mulheres com excisão diferem nas suas características sociodemográficas e no contexto do C/MGF. As doenças e o tipo de dor relatados também são interpretados ou explicados de forma diferente. Este artigo não se concentra neste aspeto, mas sim nas necessidades das mulheres de mudar as suas condições de saúde, o que todas as mulheres declararam na entrevista. Uma vez interrogadas sobre as possibilidades de mudar algo na sua vida que esteja ligado à sua autoperceção da saúde, todas as mulheres afirmam que melhorariam o seu estado de saúde, em particular no que diz respeito à saúde sexual. Incentivadas a definir o que pretendiam mudar, bem como para definir o termo “reparação” no âmbito da saúde e da sua vida sexual, muitas dimensões foram referidas. As abordagens reparativas incluem uma série de dimensões, que não são apenas físicas, mas também psicológicas, sociais e morais.

O significado mais evidente e mais citado de “reparação” é a reconstrução física através de técnica cirúrgica. Este pedido decorre dos sentimentos das mulheres sobre “terem sofrido danos” e do sentimento de que algo do seu corpo “se perdeu”. As mulheres relatam a sensação de se sentirem “limitadas” nas suas atividades, especialmente quando têm de ficar nuas (em balneários de ginásios, piscinas...) ou nos seus encontros íntimos com um parceiro. O pedido de reconstrução exprime-se como o desejo de reconstruir o que foi cortado. Em particular, as mulheres com tipo II (excisão) do contexto francês expressam a necessidade de reconstruir o seu clítoris por meio destas palavras: “Eu quero ser uma mulher inteira” ou “uma mulher completa” ou “eu não me sinto normal e quero ser como todas as outras mulheres”.

O segundo significado está ligado ao sentimento de “falta”, que se torna mais complexo quando as mulheres relatam a ideia de perda e de roubo. De acordo com os relatos, a prática de C/MGF é quase sempre realizada em meninas muito novas, na maioria antes dos 5 anos, e um grande número de mulheres não tem memória desse momento. Essas mulheres dizem que “descobriram” o seu C/MGF mais tarde, durante a idade adulta ou durante as suas primeiras experiências sexuais. Expressam claramente a sensação de que “algo lhes foi tirado sem permissão” ou que algo foi “roubado” do seu corpo sem o seu consentimento. Sublinham o sentimento de perda de integridade corporal, que é acompanhado pelo sentimento de terem sido sujeitas a uma experiência violenta e a um abuso. O sentimento de que algo foi “perdido” ou “roubado” alimenta o sentimento de merecer justiça, o que se torna, para algumas delas, uma reivindicação explícita. Este significado sublinha a dimensão moral da reparação que é, por outro lado, muitas vezes evocada durante as consultas – tanto por mulheres como por médicos/as, como surge nos relatos – com o termo de “reparação simbólica”. Às vezes, as mulheres dizem que o que conta para elas é “ter seu clítoris de volta, mesmo que não funcione”, como algumas afirmam.

Tendo em consideração algumas citações, tais como “Eu quero o meu clítoris de volta” ou “Eu quero recuperar o meu clítoris de novo” ou “Eu quero que me devolvam o que me roubaram/tiraram sem me perguntar”, este tipo de discurso permite-nos identificar uma reivindicação política sobre a integridade do corpo e o direito de cada um/uma a controlá-lo e dirigi-lo segundo as suas próprias escolhas. Além disso, podemos ler essa reivindicação específica pela perspetiva das mulheres que pedem o reconhecimento do direito de dispor e controlar o seu próprio corpo, a sua própria sexualidade e as suas escolhas pessoais. Esta passagem é muito importante porque marca a integração dos direitos sexuais e da socialização na cultura da saúde sexual.

O terceiro significado da reparação é relativo à dimensão sexual. Especialmente as mulheres excisadas no contexto francês expressam a sua insatisfação, e algumas delas definem-se como sendo “infelizes” com as suas experiências sexuais. A maioria especifica que estão numa relação com um parceiro masculino europeu que, na maioria das vezes, não conhece a prática do C/MGF. Poucas mulheres pedem “mais prazer” ou “prazeres diferentes”, cuja falta é atribuída aos danos causados no clítoris.

A última dimensão diz respeito ao género. No seu significado de “reparação”, algumas mulheres sublinham que os corpos que elas têm não correspondem ao corpo que elas querem. Isto é particularmente relevante para as mulheres de segunda geração, nascidas em, ou chegadas a países europeus quando eram muito novas, e que cresceram fora do contexto africano. Este tipo de queixa tem sido particularmente importante entre as mulheres do contexto francês, uma vez que as mulheres infibuladas na Suíça eram todas imigrantes de primeira geração. Em particular, as mulheres da segunda geração falam sobre uma má imagem corporal e queixam-se de um sofrimento em relação aos seus danos genitais. Algumas usam o termo “anormalidade” e afirmam ver-se como “diferentes de outras mulheres”.

Os significados que as mulheres dão à “reparação” são multidimensionais. A gestão do C/MGF requer serviços de saúde diferenciados, polivalentes e multidisciplinares. A pluralidade de dimensões envolvidas no processo de reparação está ligada à apropriação da saúde sexual e dos direitos sexuais. Nos seus pedidos de qualquer tipo de cuidados de saúde, as mulheres com C/MGF devem ser ouvidas sobre as suas próprias narrativas e através das suas próprias palavras. Como outras pesquisas mostraram para o processo de nascimento dos direitos humanos (Lokugamage & Pathberiya, 2017), o poder da narrativa serve para reconectar partes discrepantes e posições divergentes, especialmente no contexto de famílias transnacionais.

Pensar os serviços de saúde específicos em termos de abordagem reparativa é o primeiro passo para desenvolver uma discussão com mulheres com C/MGF. As abordagens reparativas devem ser multidisciplinares e devem apoiar o aconselhamento e a existência de lugares para a partilha de experiências. Os serviços de saúde devem levar em conta as palavras e as narrativas das mulheres, bem como partir da definição que as próprias mulheres dão ao problema, em vez de o procurarem definir sem elas. Finalmente, as narrativas são um aspeto importante do processo de justiça restaurativa; para habilitar os direitos sexuais, as mulheres devem ser apoiadas na definição de novas fronteiras entre elas próprias e as normas sociais, especialmente quando estas últimas afetam a sua vida.

Referências

- Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., *et al.* (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly*, 140, pp. 131-137.
- Abdulcadir J., Rodriguez, M. I., & Say, L. (2015). A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet*, 129(2), 93-97.
- Andro, A., Lesclingand, M., & Pourette, D. (2010). Excision et cheminement vers la réparation: Une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales. *Soc. Cont*, 77(1), 139-161.
- Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc Sci Med*, 106, pp. 177-184.
- Andro, A., & Lesclingand, M. (2017). Female genital mutilation around the world. *Population and Societies*, 543. Disponível em: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26419/543.population.societies.2017.april.en.pdf
- Berer, M. (2010). Labia reduction for non-therapeutic reasons vs. female genital mutilation: Contradictions in law and practice in Britain. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 106-110.
- Berg, R. C., Denison, E., & Fretheim, A. (2010). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review of quantitative studies*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Berg, R., & Denison, E. (2012). Effectiveness of interventions designed to prevent female genital mutilation/cutting: A systematic review. *Studies in Family Planning*, 43(2), 135-146.
- Berg, R., & Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International 2013*: 496564. doi: 10.1155/2013/496564
- Berg, R., & Denison, E. (2013). A tradition in transition: Factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health Care for Women International*, 34(10), 837-895.
- Berg, R., Taraldsen, S., Said, M. A., *et al.* (2017). Reasons for and experiences with surgical interventions for female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review. *J Sex Med*, 14(8), 977-990.
- Boddy, J. P. (2007). *Civilizing women: British crusades in colonial Sudan*. Princeton: Princeton University Press.
- De Schrijver, L., Leye, E., & Merckx, M. (2016). A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: The crucial role of counselling. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(4), 269-275.
- Foldes, P., & Louis-Sylvestre, C. (2006). Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34(12), 1137-1141.
- Foldes, P., Cuzin, B., & Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: A prospective cohort study. *Lancet*, 380(9837), 134-141.
- Gruenbaum, E. (2001). *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Filadélfia: University Pennsylvania Press.
- Johansen, E., Diop, N. J., Laverack, G., *et al.* (2013). What works and what does not: A discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. *Obstetrics and Gynecology International 2013*: 348248.

- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32, pp. 15-25.
- Leye, E., Powell, A. R., Nienhuis, G., et al. (2006). Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care for Women International*, 27(4), 362-378.
- Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., et al. (2008). Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13(2), 182-190.
- Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: A review. *Reproductive Health*, 14, p. 17.
- Mackie, G. (2000). Female genital cutting: The beginning of the end. In B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (Eds.), *Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change* (pp. 253-282). Boulder: Lynne Rienner.
- Mulongo, P., Hollins, C. N., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of female genital mutilation/cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: A narrative literature review. *J Reprod & Infant Psychology*, 32(5), 469-485.
- Paterson, L., Davis, S., & Binik, I. (2012). Female genital mutilation/cutting and orgasm before and after surgical repair. *Sexologies*, 21(1), 3-8.
- Shell-Duncan, B. (2008). From health to human rights: Female genital cutting and the politics of intervention. *Am. Anthropol.*, 110(2), 225-236.
- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J., et al. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care for Women International*, 27(8), 709-722.
- UNICEF. (2013). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nova Iorque: UNICEF.
- UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. Nova Iorque: UNICEF.
- Villani, M. (2009). From the "maturity" of a woman to surgery: Conditions for clitoris repair. *Sexologies*, 18(4), 259-261.
- Villani, M., & Andro, A. (2010). Réparation du clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées: La place du plaisir. *NQF*, 29(3), 23-43.
- Villani, M., Griffin, J. L., & Bodenmann, P. (2016). In their own words: The health and sexuality of immigrant women with infibulation living in Switzerland. *Social Science*, 5(71). doi:10.3390/socsci5040071
- Villani, M., & Bodenmann, P. (2017). FGM in Switzerland: Between legality and loyalty in the transmission of a traditional practice. *Health Sociology Review*, 26(2), 160-174.
- Vogt, S., Ahmed, N., Zaid, M., et al. (2016). Changing cultural attitudes towards female genital cutting. *Nature*, 538(7626), 506-509.
- Whitehorn, J., Ayonrinde, O., & Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: Cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 161-170.
- Yoder, P. S., Shanxiao, W., & Johansen, E. (2013). Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen. *Studies in Family Planning*, 44(2), 189-204.
- Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., et al. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *J Obstet Gynaecol*, 27(2), 161-164.

**Proceedings of the III International Seminar
of the Multisectoral Academic Programme
to Combat and Prevent
Female Genital Mutilation / Cutting
(MAP-FGM)**

Proceedings of the III International Seminar of the Multisectoral
Academic Programme to Combat and Prevent Female Genital
Mutilation / Cutting
(MAP-FGM)

JUST/2014/RDAP/AG/HARM/7937

**FEMALE GENITAL MUTILATION / CUTTING:
INSTITUTIONAL INTEGRATED RESPONSES**

Held in Lisbon, 28th and 29th November 2017

Edited by:

Clara Carvalho
Ricardo Falcão
Marta Patrício

Proofreading

Liam Carney

Table of Contents

<i>Biographies</i>	165
<i>Introduction</i>	171
Clara Carvalho, Ricardo Falcão & Marta Patrício	
Opening Statements	
1. <i>Address by the Secretary of State for Citizenship and Equality</i>	175
Catarina Marcelino	
PART I: Institutional Responses to FGM/C in West Africa	
2. <i>Female genital mutilations: The limits of institutional responses and sociocultural issues</i>	181
Fatou Sow Sarr	
3. <i>Surveys on knowledge, attitudes and practices of FGM in The Gambia</i>	193
Adriana Kaplan Marcúsan	
4. <i>Cultural counter-argumentation as strategy to fight against the practice of female genital mutilations. The case of the Haalpulaar society in Mauritania</i>	199
Abdoulaye Doro Sow	
5. <i>FGM/C as a human rights violation: Implementation of human rights treaties in Senegal</i>	223
Annemarie Middelburg	
6. <i>Excision in Guinea: The socio-anthropological determinants and strategies to promote its abandonment</i>	235
Alpha Amadou Bano Barry	
7. <i>Female Genital Mutilation, a question of the human rights of women in Guinea-Bissau</i>	253
Fatumata Djau Baldé	
8. <i>Treating and caring for girls and women living with FGM/C. Sierra Leone response</i>	263
Owolabi Bjälkander	

PART II: Institutional Responses in Portugal and Europe

- | | |
|--|-----|
| 9. <i>Promoting behavior change towards the eradication of female genital mutilation</i> | 281 |
| Filomena Djassi | |
| 10. <i>Voices and leaderships for the ending of FGM</i> | 289 |
| Carla Martingo | |
| 11. <i>Treating and caring for girls and women living with FGM. The United Kingdom response</i> | 297 |
| Comfort Momoh | |
| 12. <i>Reparative approaches in healthcare: From women's stories to restorative justice in FGM/C</i> | |
| Michela Villani | 303 |

Biographies

Authors:

Catarina Marcelino – Secretary of State for Gender Equality (2015-2017). She holds a degree in Anthropology from ISCTE-IUL, and a post-graduation in Gender, Power and Violence from the *Instituto Superior de Psicologia Aplicada* (ISPA). She was a member of the Portuguese Parliament (2009-2011, 2013-2015), and during the last parliamentary term she was part of the Committee on Labor and Social Security; the Committee on Rights, Freedoms and Guarantees; and the Committee on Budget, Finance and Administrative Modernization. She held positions at the Department of Economy and Innovation of the Lisbon City Council between 2011 and 2013. From 2005 to 2009 she was Deputy to the Secretary of State for Social Security. From February to October 2009 she was Chairman of the *Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego* (CITE, Commission for Equality in Labor and Employment).

Fatou Sow Sarr – Professor at IFAN (*Institut Fondamental d’Afrique Noire*), a research institute of UCAD (Cheikh Anta Diop University) in Dakar, where she heads the *Laboratoire Genre et Recherche Scientifique*, created in 2004. She held teaching positions in Belgium and Dakar, before joining the faculty at UCAD in 1999. She holds a doctorate in Anthropology and Sociology of Politics from Paris VIII University and a doctorate in Social Work and Social Policies from the University of Laval. She has focused on gender questions for over two decades, looking into the multiple challenges faced by African women, as well as researching and developing initiatives that promote positive representations of women.

Adriana Kaplan Marcúsan – Medical anthropologist, Professor of Health Anthropology at the Department of Social and Cultural Anthropology of the UAB, Director of the Wassu Foundation, Director of the Chair of Social Knowledge

Transfer and Principal Investigator of the Transnational Observatory of Applied Research to New Strategies for the Prevention of FGM/C. She has done ethnographic research in The Gambia, Senegal and Guinea-Bissau focusing on migratory movements and FGM/C. She has been a research collaborator in the Medical Research Council of The Gambia, an advisor of the Women's Bureau and a consultant for various international agencies (UNFPA, UNDP, UNICEF, EU). She is a member of the Committee of Experts on FGM/C at the WHO, EIGE and WISE Women's Shura Council. In Spain, she collaborates with and assesses institutions to plan and implement programs to raise awareness about and prevent FGM/C at local, regional and national levels.

Abdoulaye Doro Sow – Professor and researcher of social sciences at the University of Nouakchott, Mauritania. He studied at Cheikh Anta Diop University in Dakar. He is Scientific Committee Chair of the Research Team on Female Genital Mutilation (ERMGF) and Coordinator of the Interdisciplinary Center for Cultural Rights (CDIC). He has conducted research on the main cultural arguments that justify the practice of FGM/C with the aim of deconstructing them through the theory of cultural counter-argumentation, and he has promoted the involvement of men in the fight against FGM/C.

Annemarie Middelburg – Independent consultant in the field of women's rights, specializing in FGM/C. She holds a master's in Public International Law & Human Rights, and she successfully defended her PhD thesis entitled *Empty Promises? Compliance with the Human Rights Framework in relation to Female Genital Mutilation/Cutting in Senegal* in March 2016. In 2015, she founded her own company, 'Middelburg Human Rights Law Consultancy'. She had assignments for the United Nations Population Fund (UNFPA), Save the Children International, the University of Amsterdam, END FGM European Network, Amnesty International and several NGOs in the Netherlands and elsewhere in Europe.

Alpha Amadou Bano Barry – Professor at the University of Sonfonia and Scientific Director at the Socio-Anthropological Analysis Laboratory. He holds a Diploma of Higher Studies in Sociology from the University of Conakry (1987), a master's degree from the University of Ottawa (1991) and a PhD from the University of Montreal (1998). He is also the Director of the Observatory of Student Population and Professional Integration, Vice-Rector for Education, and Vice-Rector for Research at the University of Sonfonia. Since 2016 he has been a member of the National Commission for Reflection on Education on the Presidency of the Republic. He is the author of about fifty studies ranging from ethnic and religious-based collective violence to the issue of female genital mutilation. He is the President of the Association of Social Anthropologists of Guinea and a visiting professor at the Mandé Bukari University in Bamako and ULB at the Institute of Sociology.

Fatumata Djau Baldé – President of the National Committee for the Abandonment of Traditional Harmful Practices to Women’s and Children’s Health in Guinea-Bissau. She is an activist who defends human rights and pursues the eradication of the practices of female genital mutilation and child marriage. She was the Minister of Tourism, the Minister of Social Solidarity and the Minister of Foreign Affairs between 2000 and 2003.

Owolabi Bjälkander – Lecturer on Sexual and Reproductive Health focusing on female genital mutilation (FGM). She received her PhD from, and is an affiliate of, *Karolinska Institutet* in Stockholm, Sweden, where she is a member of the research group on Global Health, HIV, Sexual and Reproductive Health and Rights inside the Division of Global Health. Her research in Sierra Leone provides evidence on types of FGM/C practices, the decision makers, the extent of medicalization and short-term complications from the practice. She developed the country’s first national strategy for the reduction of FGM and lectures at the College of Medicine and Allied Health Sciences (COMAHS) at the University of Sierra Leone. Owolabi has also worked as an Advisor to the Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) for the implementation of the National Plan of Action against FGM. She served as the Technical Consultant on the Daphne Project for the development of National Action Plans against FGM across 15 European countries. She worked as a consultant for the World Health Organization (WHO) in Sudan to develop a national research strategy on FGM and is presently a member of the WHO’s Research Advisory Group on FGM.

Filomena Djassi – She holds a degree in Social Work, is currently a PhD student and works at the Aga Khan Foundation. Filomena funded the Musqueba Movement in Guinea-Bissau and continued the work of this Association in Portugal with intervention campaigns, training and awareness activities. She has worked in providing training for migrants, particularly regarding the prevention of harmful practices.

Carla Martingo – Member of the NGO P&D Factor. She holds a degree in History, a master’s in Intercultural Relations and has professional experience in intercultural mediation as well as in the areas of diversity and interculturality in the workplace and schools. She is an expert and trainer in gender violence sensitization, particularly in the areas of female genital mutilation and child/early and arranged marriages. She is also the author and co-author of several publications and articles on these subjects and collaborates with the “Studies on Women” Research Group of the *Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais* (Center for Studies on Migration and Intercultural Relations) of the *Universidade Aberta* (CEMRI / UAB).

Comfort Momoh – Nurse-midwife in the UK and specialist in the study and treatment of female genital mutilation. Born in Nigeria, she is a specialist in FGM

and public health at Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust in London, where she founded the African Well Women's Clinic in 1997 to care for women affected by FGM. She belongs to the British National FGM Clinical Group created in 2007 to enable health professionals to deal with this practice. In 2016 she became a Fellow of the Royal College of Midwives. She received a BEM from the Queen of England in 2008 and an *Honoris Causa* Doctorate in the same year at Middlesex University in London. She is a guest lecturer at the University of Middlesex, at the London School of Hygiene and Tropical Medicine and at King's College London.

Michela Villani – PhD from the EHESS-Paris. She is a specialist in the sociology of migrations, gender studies and sexuality. Her research focused on health inequalities analyzed through an intersectional approach which takes account of the vulnerabilities. During her PhD research (2006-2012) she studied ways circumcised women originating from sub-Saharan Africa sought clitoral reconstruction in France. In previous research carried out in Switzerland, she looked into secrecy management together with HIV-positive migrants from sub-Saharan Africa (FEMIS, FNS / 2012-2014). She is a specialist in hospital survey methods and has been a member of the ETHOPOL (ANR) team since 2015, through which she conducted a survey in Italy of couples confronted with the failure of medically assisted procreation (MAP).

Editors:

Clara Carvalho – Professor at the Department of Anthropology at ISCTE-IUL (Lisbon) and President of AEGIS (European Association of African Studies). She was Director of the *Centro de Estudos Internacionais* (former *Centro de Estudos Africanos*) of ISCTE-IUL from 2007 to 2016. She has also been a guest lecturer at the University of Lille (2002-2003) and Brown University (2004). She has carried out intensive fieldwork in West Africa, primarily on traditional authorities and local power in Guinea-Bissau between 1992 and 1997. She is currently conducting research on gender and global health issues. She also has experience as an international assessor and consultant.

Ricardo Falcão – Researcher in *Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa* (CEI-IUL). He holds a PhD in African Studies granted by ISCTE-IUL in 2016 for a study conducted in Senegal. He is trained in Social and Cultural Anthropology (2005). He worked as a volunteer with the Senegalese NGO ASREAD and has, since 2007, been conducting research in Senegal. In 2008/2009 he directed an independent research documentary called *Waalo Waalo* on the socio-geographical dynamics around access to spring water in rural northern Senegal, where he later conducted his PhD fieldwork between 2011 and 2013.

His research has focused on development, resource management, access to land, social history, migration, ICTs, youth, gender, intergenerational relations, social values and representations and gender-based violence, violence against women, female genital mutilation and human rights. He is project manager of this MAP-FGM project at CEI-IUL and has begun a postdoctoral research on sexual and reproductive rights in West Africa.

Marta Patrício – Post-Doc fellow in the MAP-FGM project at *Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa* (CEI-IUL) since September 2016. Between 2010 and 2012, after completing a master's in African Studies, she was a Research Fellow at the *Centro de Estudos Africanos* of ISCTE-IUL working on a project titled "Identities and Frontiers in Africa" (PTDC / AFR / 098339/2008). She was a member of the African Borderlands Research Network (ABORNE) and between April and June 2012 she was a Visiting Exchange Student at the Center for African Studies of the University of Edinburgh. Between 2012 and 2016 she was a PhD grant holder in African Studies (SFRH / BD / 78206/2011) at CEI-IUL. Her research focuses on state-building processes and state-society relations in sub-Saharan Africa in the post-colonial period, mainly in Mozambique. Her PhD thesis deals with the dynamics of legal pluralism in the Mozambican district of Mossurize.

Introduction

This volume is a collection of some of the contributions presented at the 3rd International Conference of the Multisectoral Academic Programme to Combat and Prevent Female Genital Mutilation, entitled “Integrated Institutional Responses to FGM/C.” The conference was held in Lisbon on September 28 and 29, 2017 at *Instituto Universitário de Lisboa* (ISCTE-IUL). The conference was organized by *Centro de Estudos Internacionais* (CEI-IUL), one of the research units of ISCTE-IUL and partner in the International MAP-FGM Consortium led by *Universidad Rey Juan Carlos I*. The conference planning was coordinated by Professor Clara Carvalho and led by project manager and researcher Ricardo Falcão, alongside research fellow Marta Patrício. It was the third of four International Conferences planned to address the subject of FGM/C in the framework of this project.

As with the two previous MAP-FGM International Conferences, this third conference presented an opportunity to bring together experts, researchers and other interested parties from across Africa and Europe. Professors, activists, researchers and a wide academic audience were present at this conference, representing Guinea-Bissau, Senegal, Mauritania, and Guinea-Conakry in Africa, as well as UK-Nigeria, Sweden-Sierra Leone, Switzerland, Netherlands, Portugal, Spain, Italy, Belgium, and Ireland; thus putting diverse stakeholders into dialogue with each other.

The first day of the conference highlighted knowledge from and the situation in West Africa. The second day focused on similar issues in Europe and in Portugal in particular. The conference was organized in this way in an attempt to create an equilibrium between contributions of knowledge of the practice from the region around Guinea-Bissau, the country associated with most cases of FGM/C in Portugal, and contributions about the situation in Portugal and Europe.

The opening day, focusing on the state of FGM/C in West Africa, was inaugurated by the Portuguese Secretary of State for Citizenship and Equality, Catarina Marcelino (Chapter 1), who has long been active in FGM/C sensitization and has played a major role in the Portuguese institutional response to the practice. The keynote speech of Fatou Sarr (Chapter 2) followed, presenting an overview of the situation in Senegal, a country where the fight to end FGM/C has existed for more than twenty years but where challenges remain. The first panel created discussions on different approaches to intervention, and Máire Ni Mhórdha presented her critical ethnographical findings about a non-governmental organization operating in the region (although her contribution is not available in this module). Adriana Kaplan (Chapter 3) described a successful knowledge transfer model in The Gambia, and Abdoulaye Doro Sow (Chapter 4) presented his cultural counter-argumentation applied to Haalpulaar populations in Mauritania. Later a second panel of speakers were invited to reflect on a more general view of how countries are ratifying and implementing Conventions and Treaties, and Annemarie Middelburg (Chapter 5) presented her findings on the implementation of International Treaties in a West African country. Alpha Amadou Bano Barry (Chapter 6) discussed the situation in Guinea-Conakry, about which there is not abundant literature, despite the paradoxical fact that it was the first country to criminalize FGM/C and is among the countries with the highest prevalence rates. This second panel ended with the always interesting and knowledgeable contribution of Fatumata Djau Baldé (Chapter 7), who is among the foremost experts on the FGM/C situation in Guinea-Bissau and is also a renowned activist for women's rights.

The second day focused on contributions concerning the situation in Europe, along with different strategies and responses from various institutions. The contributions were divided in two panels focusing on the promotion of gender equality and on impacts to health. In the first panel, Filomena Djassi, a PhD candidate and a longtime social worker at Agha Khan Foundation, presented her experience with projects trying to tackle FGM/C in Europe (Chapter 9). She was followed by Alexandra Alves Luís (her contribution is not on this volume) who presented a view straight from the field, where she has been working with youth on cultural expression. Also on this panel was Carla Martingo (Chapter 10) from the non-governmental organization P&D Factor, which works on the promotion of gender equality and is particularly focused on FGM/C. She presented one of the NGO's recent projects, *Senhoras de Si*, developed in partnership with a local municipality.

The second panel of day two started with the contribution of FGM/C expert Comfort Momoh (Chapter 11), who spoke about the development of institutional

responses in the United Kingdom. She was followed by a presentation of the creation of a National Action Plan for FGM/C in Sierra Leone by Owolabi Bjälkander (Chapter 8). The panel was concluded with the contribution of Michela Villani, who focused on responses to the demands of clitoral reconstruction by women living with FGM/C in Switzerland (Chapter 12).

The conference closed with a Round Table whose participants included a representative of *Direção Geral de Saúde*, Elsa Mota, and the President of the *Comissão para a Igualdade de Género*, Teresa Fragoso.

There are many people we want to thank for their participation in this conference, for their availability, support and hard work. First of all, we would like to thank journalist Inês Leitão, who kindly allowed a screening of her film *Este é o Meu Corpo*, which documents testimonies of African women living in Portugal who have experienced FGM/C. We extend our gratitude to Professor Carla Moleiro and researcher Cristina Santinho, who were key to the success of the project. We want to give special thanks to the chairs of our panels, who took the task very seriously and elevated the debate. These panel members include: Alice Frade, Els Leye, Annemarie Middelburg and Michela Fusaschi. We are also in debt to Professor Laura Nuño (*Observatorio Igualdad de Género de la URJC*), Professor Luís Nuno Rodrigues (Director of CEI-IUL) and Professor Fernando Luís Machado (Vice-Rector of ISCTE-IUL and representative of the Rector Luís Reto) for their kind words in the opening of this conference.

We would also like to thank Hugo Marçal and his fellow technicians from *Serviços de Infraestrutura Informática e de Comunicações* of ISCTE-IUL for editing and making available the videos of the conference; all the volunteers – Ana Amorim, Andrea Rubini, Marta Cardoso, Rita Lopes and Sara Portugal; and our colleagues at CEI-IUL: Raquel Silva, for her administrative work; Inês Marques Ribeiro, for her contribution with layouts and images for communication; and Noémia Pizarro. Additionally, for his help with the organization from day one, thanks to João Dias for the creation of the website for the conference.

Finally, we are grateful for the financial support of the European Commission DG-JUST, allowing for this conference, as well as the technical and logistical support of ISCTE-IUL for facilitating the successful organization of this event.

Clara Carvalho
Project Coordinator
Department of Anthropology
ISCTE-IUL
CEI-IUL

Ricardo Falcão
Project Manager
Researcher
CEI-IUL

Marta Patrício
Researcher
CEI-IUL

Opening Statements

1.

Address by the Secretary of State for Citizenship and Equality

Catarina Marcelino

Good morning all,

First, I would like to acknowledge the kind invitation to participate in this conference, and I congratulate ISCTE and its Center for International Studies for their part in this study and for organizing this conference.

Today's event is fundamental to shed light on what needs to be done and what can be done to build knowledge, to encourage action, to produce change. It is a great privilege to be here today with this group of experts.

FGM is a dramatic violation of human rights, a dramatic form of sex discrimination. We cannot, we must not allow it to continue. This practice denies women and girls their dignity, their rights, their future.

In 2015 it was estimated that 49% of women over the age of 15, living in Portugal and originating from countries where FGM is practiced, may have been subjected to FGM.

According to UNICEF, at least 200 million girls and women have suffered FGM, in thirty countries, many before the age of five. This number will rise significantly by 2030, if current trends continue.

The global-scale of this reality must bring us together in our commitment to end this practice. Responsibility falls upon all of us to get together and ensure that action is effective.

I am proud to say that in Portugal this has been a constant commitment of different governments. We have been steadfast in our efforts. Eliminating FGM is and has been a key public policy priority.

Our first action program to eradicate FGM dates back to 2007, which has led to the third iteration, now in place.

The implementation of the program is coordinated by the Portuguese Commission for Citizenship and Gender Equality, which is supported by a working group involving various public institutions and NGOs, including those representing migrants from communities affected by the practice.

The hallmarks of the strategy by the Portuguese Government are to work with civil society while promoting proximity and coordination.

Furthermore, and in line with the Istanbul Convention, legislation was recently introduced adding FGM to our criminal code as an explicit crime aiming to punish those who practice FGM inside and outside the country.

Other relevant legal changes include recognizing FGM victims as asylum applicants and granting FGM victims exemption from procedural costs.

The health sector has also been a priority. We created postgraduate programs on FGM directed at health professionals who are then equipped as change agents themselves within their own practice and in affected communities.

A guide for health professionals was also produced. It clarifies which steps to be followed in identifying cases of FGM and what medical/criminal actions should be taken.

According to the same guide, all detected cases should be registered in a health database, according to the age of the victims, dates of registration, types of mutilation, and country where the FGM was performed, among other data. Last year, 80 cases were registered.

We also produced guides outlining procedures for police forces and youth protection committees. Dissemination of the materials is carried out during training activities.

These three groups of professionals (in the areas of health, law enforcement and youth protection) are front line agents in the identification and prevention of FGM; it is therefore necessary to define concrete and specific procedural requirements for their intervention.

Furthermore, the Portuguese Government is firmly committed to raising awareness and promoting wider engagement.

With this in mind, I should mention the documentary that you will watch later today, *This Is My Body*¹, written by Inês Leitão and directed by Daniela Leitão, with the support of the Portuguese Government and two Portuguese municipalities. It was launched around the time of International Day of Zero Tolerance for FGM and has become a fundamental tool for informing and raising awareness about how FGM directly concerns Portugal and its citizens.

Moreover, in 2016 we started a new campaign that takes place in national airports during the summer and Easter school vacation, when families travel to their countries of origin. Material is distributed at boarding gates of flights heading to high-risk countries and surveys are conducted at arrivals.

¹ Shown at the end of the first day of the Seminar (September 28, 2017).

This campaign was also brought to Bissau's airport, by our partner the National Committee for the Elimination of Harmful Practices to the Health of Women and Children of Guinea-Bissau, represented here today by Ms Fatumata Djau Baldé, president of the committee.

It is not possible to produce effective changes without involving the communities themselves; work must be done with religious leaders and NGOs.

Portugal shares this commitment on a global scale. Last March, the Portuguese Government participated in the sixty-first session of the United Nations Commission on the Status of Women (UNCSW), in New York.

In conjunction, Portugal organized a side event together with Burkina Faso, Italy, Guinea, Gambia, the European Commission, United Kingdom, Norway, and with the support of UNFPA and UNICEF.

The focus was on organizing concerted action to eliminate this dramatic violation of human rights. The motto was "Let's be the generation that eliminates FGM once and for all."

It is indeed crucial that we turn this into a reality.

We must work together, share best practices and knowledge, and invest in the continued improvement of policies and interventions. This conference is a fundamental step in that direction.

The Portuguese Government will carry on resolutely. Despite our best efforts, there is admittedly still a long way to go.

As the current FGM action program comes to an end this year, we are in the course of defining the next period of strategic planning. As such, the elimination of FGM will continue to be a prioritized area of intervention, framed by the Istanbul Convention.

Your contribution is fundamental to creating better informed public policies and turning this priority into effective change.

Thank you for your commitment and I wish you great success with the conference and very productive discussions today and tomorrow.

Part I
Institutional Responses to FGM/C
in West Africa

2.

**Female Genital Mutilations:
The Limitations of Institutional Responses
and Sociocultural Issues**

Fatou Sow Sarr

Institut Fondamentale d'Afrique Noire

Universidade Cheikh Anta Diop

Dakar, Senegal

The fight against excision started in the 1970s by the ministry charged with improving the status of women, in collaboration with NGOs and women's associations. This struggle meant that political positions were based on the need to change the status of women in Senegalese society. Despite the legal measures that were taken and the strategies implemented to improve women's status several evaluations reveal a rather slow decrease in the practice of excision. This creates an opportunity to question the efficiency of public policies and the various programs implemented by the State and supported by international organizations. The results of these evaluations, carried out after the implementation of policies and programs to combat excision, reveal that, at the current rate, we will have to wait 50 years to see this practice end. This article aims to analyze the institutional responses and the limitations concerning sociocultural issues, in order to identify the means and strategies to eradicate this practice.

Historical elements

Data from the National Agency for Statistics and Demography (ANSD) reveal that 23% of women between the ages of 15 and 49 reported having undergone excision. In more than half of those cases, the women received a simple cut (*entaille*) without removal of the flesh (54%). In about 12% of cases there was removal of tissue, and 7% reported closure of the vagina.

Prevalence varies significantly with religion, ethnicity and place of residence. The proportion of women who have undergone excision continues to be higher in rural areas than in urban areas (27% against 19%, respectively) and higher in Muslim communities than in Christian communities (23% against 12%, respectively). Furthermore, the data indicate that the practice of excision is especially common in the South (78%) and, to a lesser extent in the North (28%), and is concentrated within certain ethnic groups such as Mandinka (65%), Soninke (59%), Jola (55%) and Fula (52%), for whom this practice is rooted in social norms. In the Dakar region the prevalence is of 20.1%.

Decreased age of excision

We notice a decrease in the age of excision in the younger generations compared to the older generations. The proportion of women who have undergone excision before the age of five rose from 65% in women aged 45-49 to 77% in those aged 15-19. In nearly three cases out of four (72%) excision took place before the age of five. In 13% of the cases, excision took place between the ages of 5 and 9 and for 8% of the women it was practiced later, after the age of ten.

Engagement of the State

In Senegal, the movement towards the abandonment of FGM started during the 1970s, when political leaders, the international community, national and local institutions, and the governments of several donor countries, openly opposed these practices and declared that women's conditions should be improved. Since then, Senegal has continued to improve its legal framework and take measures in favor of the eradication of excision.

Legal framework and policy towards the abandonment of FGM/C

Senegal has signed and ratified international conventions in which the ban on female genital mutilations is mentioned, such as:

- The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) in 1979;
- The Convention on the Rights of the Child (CRC) in 1989;
- The African Charter on Human and Peoples' Rights on the 27th of June 1981, and its Maputo Protocol;
- The Protocol of the African Charter on the rights of women, adopted in 2003 in Maputo, in which Article 5 proclaims the elimination of harmful traditional practices, notably FGM/C.

The 2001 Constitution reaffirms the adherence to all these conventions, mentioning them in its Preamble and in Article 7, in which we can read: "Every individual is entitled to life, to liberty, to security, to the free development of her/his personality, to bodily integrity, namely to the protection against all physical mutilations."

Measures undertaken by the State

On the 20th of November 1997, the President of the Republic of Senegal frankly expressed his position against excision at the World Congress of Human Rights (*Congrès de la Fédération Internationale des Droits de l'Homme*, FIDH) held in Dakar. In April of the same year the first Regional Action Plan was adopted to accelerate the abandonment of female genital mutilation.

On the initiative of a group of feminist parliamentarians made up of women's organizations, the Senegalese National Assembly voted on the 29th of January of 1999 to enact Law n° 99-05 prohibiting the practice of excision in all its forms. This law stipulates:

- A prison sentence of six months to five years for the excisers;
- A prison sentence of six months to five years for the parents who give gifts and promises [...] in exchange for carrying out mutilations;
- The maximum sentence is applied when a member of the medical field commits the mutilation.

In order for this political will to become operational, the Senegalese government has drawn up and begun to implement programs and action plans that include the abandonment of excision in their objectives.

- The National Reproductive Health Program (1997-2001), which aims to reduce the cases of excision in Senegal by 50%;
- The Program for Health and Social Development that has set goals to combat excision;
- The second National Action Plan for Women (PANAF 1997-2001) that also has set a goal to eradicate excision in Senegal;
- The year 2000 also saw the creation of the first National Action Plan for the abandonment of the practice of sexual mutilations (2000-2005), following which several groups and individuals have made public their commitment against these practices: parliamentarians, political leaders, NGOs, civil societies, religious authorities, women's organizations, media representatives, youth organizations, etc.

The implementation of this National Action Plan headed by the Senegalese government involved various interested bodies:

- The National Council for the Promotion of the Abandonment of Excision in Senegal, the body responsible for guiding the action plan;
- The National Technical Committee, coordinating body;
- Regional and departmental committees;
- Communitarian management committees;
- The national coordination unit;
- The forum of partners for the acceleration of the abandonment of excision.

A shelter serving as refuge for girls and women who have been victims of rape and abuse, with a capacity to accommodate up to 70 people was created in Dakar (the Guindi Center) with a green number for telephone assistance.

The Law n° 2005-18, of August 5, 2005 regarding reproductive health determines in Article 4 that "health reproductive services and care comprise: [...] the

fight against female genital mutilations, sexual abuse and harmful practices to reproductive health,” thus asserting the role to be played by health services in the fight against this practice.

Ten years after the vote on the excision law, the Senegalese government decided to evaluate Law n° 99-05 of January 29, 1999 that prohibited the practice of FGM/C and the efficacy of the law in the country. This study showed that the law fails at the level of effective implementation, which can be explained, on the one hand, by a lack of knowledge and, on the other hand, by local resistance.

The first action plan for the abandonment of the practice was evaluated, and a second National Action Plan for the acceleration of the abandonment of excision (2010-2015) was created. It aimed to end the practice before 2015.

National Technical Committee

In May 2010, a National Technical Committee was created and was charged with coordinating and following up on the Action Plan for the Abandonment of the Practice of Excision 2010-2015. However, if the Technical Committee is to be believed, in particular at the national level, the evaluation reveals the weaknesses inherent in coordination and follow up, as explained above.

Regional Technical Committee

In 2011, the joint program supported the establishment of regional/departmental technical committees for the coordination and follow up of the National Action Plan for the Abandonment of the Practice of Excision 2010-2015 in 11 of the 14 regions of Senegal.

Including the head of regional services, these committees are responsible, for instance, for the monitoring and supervision of activities in the field.

Despite their institutionalization and of the availability of strategic plans, these committees are in fact ineffective due to lack of resources.

Application of the law

Senegal registered its first judicial proceedings in July 1999. Indeed, after a complaint, a woman was arrested because she had performed an excision on her granddaughter (cf. Kalthegener, 2003).

In November 2001, three people between the ages of 55 and 75 were arrested in the Department of Vélingara, but were pardoned in April of that same year (Mbow et al., 2002).

In the Southern region where there is a high prevalence of excision, there have been a series of convictions:

- A court ruling on the 25th of February 2004 given by the Regional Court of Kolda sentenced a person who had performed an excision and a relative of the person who underwent the excision to a 6 month suspended sentence;
- A decision on the 28th of April 2004 by the Regional Court of Kolda sentenced a person who had performed an excision to 3 months in prison without remission. The accomplice (a relative), was given a 6 month suspended sentence;
- A ruling on the 18th of July 2017 in the Regional Court of Kolda, concerning the death of a child following an excision, sentenced the person that performed the excision and two accomplices in the excision to a 3 month suspended sentence. If this case had come before the *Cour d'assises*¹ the defendants would have been at risk to a sentence of forced labor for life.

In the Northern region, a single condemnation has occurred:

- A decision on the 22nd of June 2009, given by the Court of Matam, convicted someone who committed an excision and also the grandmother of the girl who underwent the excision to 6 months imprisonment; the mother and the father were also given a 6 month suspended sentence.

In the Central region of the country:

- A decision on the 22nd of May 2010 given by the *Cour d'appel* of Kaolack sentenced a person who committed an excision to 6 months in prison and his accomplices to a 3 month suspended sentence.

Evaluation

This thorough study spearheaded by the Ministry of Women, Childhood and Female Entrepreneurship has assessed the implementation of Law n° 99-05 concluding that this law was only rarely applied.

The study on the application of Law n° 99-05 reveals that many people are aware of the law, but only the magistrates and judicial police know the content. This law has brought with it fear of penal sanctions and has, consequently, sent the practice underground and, in some cases, to its medicalization.

¹ N.T.: Given the specificity of the juridical terminology when it comes to courts, in each country, the translator opts not to translate the title of the court. *Cour d'assises* in Senegal is a Tribunal composed by a President and two Magistrates, and a jury composed by Senegalese citizens "chosen because of their morality" from a list prepared each year. For more information, consult: <https://www.sec.gouv.sn/Les-Cours-et-Tribunaux.html>

In the North of the country Fula communities have rejected the law. Even the *marabouts*² that had been trained by Tostan eventually rejected it, in order to submit to the will of their religious leader who had spoken against it.

Thus even if the actions of civil society organizations have mobilized communities to promote the abandonment of excision, even leading to declarations of abandonment by the communities, these declarations were not done sincerely. According to the Resident Representative of UNFPA in Senegal, Andréa Wojnar Diagne, “by December 2015, 6176 communities in the country have declared their abandonment of the practice of excision.” Despite that, the Demographic and Health Survey (DHS) continues to show a prevalence rate of 25% for women aged 15 to 49, and 13% in girls under the age of 13, as opposed to the previous 28%.

Studies reveal that the practice among girls from 0 to 14 years of age increased by 8% in 2015 in the Senegalese capital. This can be explained as a result of rural exodus, but also because the actors engaged in the fight against excision have focused their efforts mostly in peripheral and frontier areas, allowing the practice to establish in unattended areas.

The joint program entitled “Female Genital Mutilations/Excisions (FGM/E): Accelerating the Change” launched by UNFPA and UNICEF in 2007, aimed to contribute to a 40% reduction in the practice of FGM/E among girls between 0 and 15 years of age, with at least one country declared free of the practice in 2012.

With regard to Senegal, a member of this 15-country program, the strategy was based on the numbers presented by the DHS, published in 2005 revealing that 28% of Senegalese women aged 15 to 49, from around the entire country, were victims of female genital mutilations or excision (FGM/E). The 2008 Action Plan that followed had stressed the important role of education, social mobilization and public declarations in the process of abandoning excision. Radio broadcasts were organized in areas of higher prevalence. National television has used public service announcement to further raise awareness about the practice.

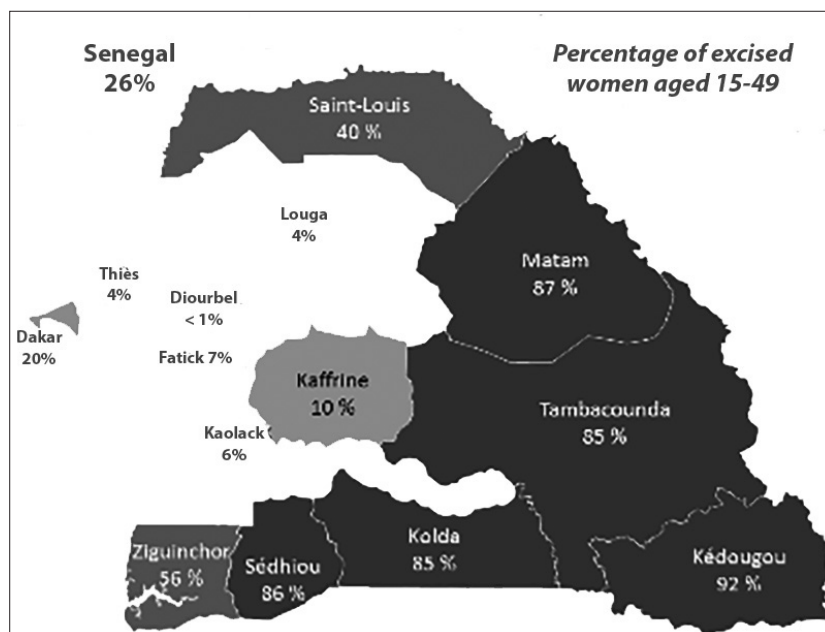
Nevertheless, the evaluation of the program in 2012-2013, in its fifth year of implementation, showed that we were very far from the stated objectives. The Demographic and Health Survey and the Multiple Indicator Cluster Survey (DHS-MICS), conducted in 2010-2011 (published in 2012) has revealed that the proportion of Senegalese women who have undergone excision has, certainly, diminished, but very little, from 28% to 25.7%. But, above all, it revealed that the prevalence rate was increasing in urban areas (23.4% versus 27.8% in rural areas).

² N.T.: *Marabouts* are prominent figures in Senegalese society and are both religious leaders and men with great social capital.

In particular Dakar went from 17.3% to 20.1% in five years. This can be explained by a sizable migration from one region to the other.

The highest rates are still to be found in the same rural regions, notwithstanding a small decrease in certain cases: Kolda with 84.8%, Tambacounda with 85.3%, Matam with 87.2% and Ziguinchor with 55.5%. The region of Kédougou, in the extreme south of the country, has a particularly high prevalence rate of FGM/E of 92% (this region was not accounted for in the 2005 study).

Fig. 1 – Excision by region



Source: DHS 2010-2011 (2012)

Table 1. Practicing ethnic groups

2005	2016	Difference
Soninke 78.2%	Soninke 58%	20,2
Mandinka 73.7%	Mandinka 65.2%	8,5
Fula 62.1%	Fula 52.0%	10,1
Jola 59.7%	Jola 54.5%	5,2
Serer 1.8%	Serer 0.9%	0,9
Wolof 1.6%	Wolof 0.8%	0,8
	Other / not Senegalese 41,7	

Table 2. Pockets of Resistance

Ethnic group	Share in the Senegalese population
Mandinka	3%
Fula	23.8%
Soninke	1%

Sociocultural realities

Socioanthropologist Awa Thiam in her book entitled *La sexualité féminine africaine en mutation. L'exemple du Sénégal*, presents the results of three decades of study on this issue. According to the author, in the 1960's the practice of excision and infibulation continued in African societies, but the arrival of Western civilization has reinforced the practice. "After the independence period, the opening up of African societies to other non-African and Western civilizations is a prime example that certain people felt increasingly more threatened in their culture than by their past" (Thiam, 2014, p. 180).

Awa Thiam³, after noting the failure of certain national and international programs, calls upon States to determine, building upon specific studies, an implementation strategy to eradicate these practices.

Main challenges and constraints

The practice of female genital mutilation diminishes very slowly. It has passed from 28% in 2005 to 25% in 2014 and 23% in 2016.

Table 3. Percentage of women between the ages of 15 and 49 who have undergone FGM

2005	2011	2015	2016
F	F	F	
28%	25.7%	25%	23%

Source: Dataset: Gender, Institutions and Development Database 2014 (GID-DB) / EDS 2005, EDSV 2010-2011, EDS continue 2014, ANSD, ICF Macro International

The abandonment of FGM/E in the Senegalese context faces certain challenges:

- Sociocultural pressures persisting in certain communities
- Institutional weakness of the State
- Resistance

³ N.A.: PhD from Université Paris I Panthéon Sorbonne and PhD in Cultural Anthropology in Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN).

Institutional weakness of the State

An institutional weakness of the State is failure to enforce the law. For example, the arrest in May 2009 of an exciser in the region of Matam created violent collisions between the disciples of *marabouts* (*talibé*⁴) of this region and the police.

Resistances and social norms

The implementation of a National Action Plan has permitted the development of community capacities to promote the abandonment of excision, through a broad social transformation movement based on community mobilization. Women, men, youth, adolescents, religious leaders and traditional leaders all united in an effort to end excision; if in 1997, we counted around 5000 villages where excision was practiced, today, 3300 out of those 5000 communities practicing excision have made Public Declarations of Abandonment of Excision.

But as a result of social norms, despite huge efforts invested in raising awareness and the scrutiny of law, the data collected year upon year show the same numbers, with very little variation. In the systems of representation, daughters who have not undergone excision cannot be married by men belonging to the community because they are considered impure. Shell-Duncan et al. show that a woman who has not undergone excision will face pressure, sometimes even abuse, on the part of women who have undergone excision: they are often treated as dirty, ignorant, immature and are sometimes excluded from collective decisions and other activities in the community.

This demonstrates that in many communities, excision is not practiced solely to guarantee the marriage of a daughter. It is also used as a sign for other women that the woman in question is worthy of being admitted within their social network.

These practices are then, in numerous cases, as profoundly ingrained in women's social circles as they are in the wider community. There are several strategies of resistance, in the name of the protection of culture, history and identity.

Clandestinity

For excision to continue being practiced, with the utmost discretion, many tricks are employed. Children undergo excision right after its birth. This way, even before the day of the baptism the wound will have healed. Spiritual retreats

⁴ N.T.: See note 2. *Talibé* means follower and is a wolofisation of the Arabic word with the same meaning. Although the word employed is the same, it is not to be confounded with the "talibé children," also known in international literature as the child beggars of Senegal. *Talibé* is the general notion of disciple.

are held in sacred groves where girls undergo excision without any possibility of intervention.

Adoption of hygiene measures

The practitioners have taken sanitary questions into account by sterilizing objects used for the operations and using of antibiotics to accelerate the healing of scars.

Withdrawal to neighboring countries

Because in certain countries around Senegal there is no law interdicting the practice, certain populations go to these adjacent countries solely to have excisions performed on their daughters and then return to Senegal.

Conclusions

Despite the measures taken, efforts made, and important financial resources invested, communities continue to practice excision. We have to stop and examine the approaches. Ms. Thiam has shown how the practice of excision is experienced as a resistance to acculturation to the West and now, new religious Islamic ideologies, use this cultural fact in their fight against the West and legitimize this practice that has nothing to do with Islam.

References

- Gomis, D., & Wone, M. M. (2008). *L'excision au Sénégal: Sens, portée et enseignements tirés de la réponse nationale. Rapport Final*. UNICEF. Available from https://www.unicef.org/wcaro/wcaro_Senegal_fgm_working_paper_sept_08.pdf (last accessed at 06/11/2017).
- Sénégal: excision, parlons-en!* Available from <https://www.excisionparlonsen.org/senegal/> (last accessed at 06/11/2017).
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2013). Legislating change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal. *Law & Society Review*, 47(4), 803-835.
- Thiam, A. (2014). *La sexualité féminine africaine en mutation: L'exemple du Sénégal*. Paris: L'Harmattan.
- UNICEF & UNFPA. (2013). *Évaluation conjointe programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision: Accélérer le changement 2008-2012*. Available from https://www.unicef.org/evaluation/files/fgmc_senegal_final.pdf (last accessed at 06/11/2017).

3.

Surveys on Knowledge, Attitudes and Practices of FGM in The Gambia

Adriana Kaplan Marcúsan

Wassu-UAB Foundation/Wassu Gambia Kafo

Universidad Autónoma de Barcelona

Barcelona, Spain

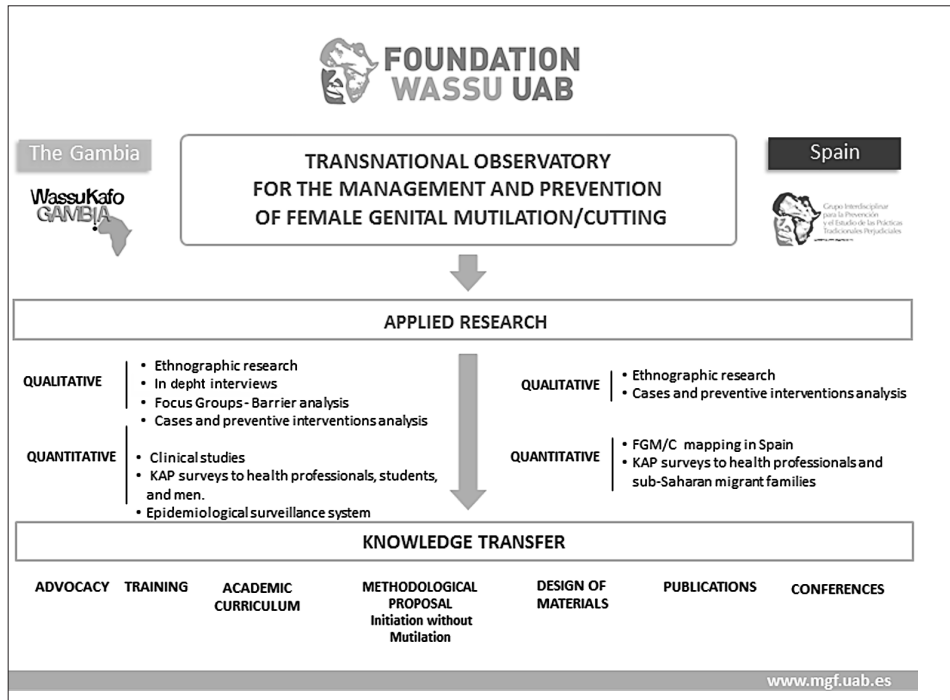
The overall prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia is estimated at 76.3%, meaning that it affects approximately 3 out of 4 women. 78.3% of women have had it performed and 71.1% believe the practice should continue. However, this global figure fails to account for important discrepancies within particular regions and ethnic groups. Additionally, these data should be understood in a context of gender-based violence: in Guinea-Bissau 74% of women believe a husband is justified in beating his wife/partner (GBoS, 2011).

Wassu Gambia Kafo (WGK) is a local NGO that promotes development and cooperation between The Gambia and Spain in the fields of health, research and education. WGK is one of the research and training centres of the Transnational Observatory of Applied Research to New Strategies for the Management and Prevention of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) hosted by the Wassu-UAB Foundation, at the Autonomous University of Barcelona (UAB), in Spain. The Transnational Observatory works for the management and prevention of FGM/C through anthropological and medical research to inform knowledge transfer.

- Their vision is to improve the living conditions of women and girls by recognizing their right to personal integrity and freedom, on a basis of social equality.
- Their mission is to design, develop and implement a scientific methodology in order to transfer knowledge regarding care for the consequences of FGM/C and promotion of the abandonment of the practice through preventive strategies both in Africa and in the diaspora.

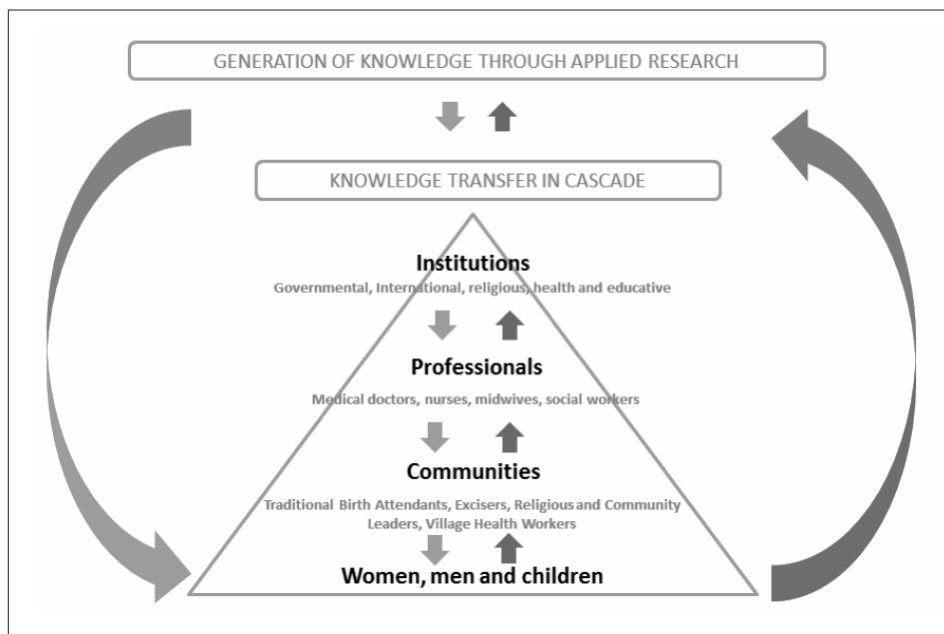
Since 1989, research has been applied to the development of a comprehensive, innovative and sustainable methodology that is based on evidence, culturally sensitive and results-oriented, with a focus on the management and prevention of FGM/C. Adopting a singular model, applied research is conducted, both

qualitatively and quantitatively, in order to transfer this knowledge in cascade to key agents.



At the request of the Vice-President of the Gambia, WGK conducted the first local clinical study between 2008-2009 focusing on ethnic groups practicing FGM/C, the types of FGM/C practiced and the health consequences found at health facilities (Kaplan et al., 2011). The results obtained from a sample of 871 women and girls were published in 2011 and demonstrated that FGM/C was still practiced in all six regions of the country. In addition, type I was found to be the most common type of FGM/C practiced, followed by type II. At the same time, the study showed that all forms of FGM/C (including type I) led to increased rates of health complications (in particular, infections).

The second clinical study collected information from 588 women in hospitals and healthcare facilities in the Western Region. The results showed that 75.6% of the women had undergone FGM/C and that they had a higher prevalence of suffering long-term consequences when compared to women who had not undergone FGM/C. This study indicated that women with FGM/C are four times more likely to suffer complications during delivery or with their newborns, showing a clear link between health and the performance of FGM/C, which often goes unrecognized by the Gambian health system (Kaplan et al., 2013a).

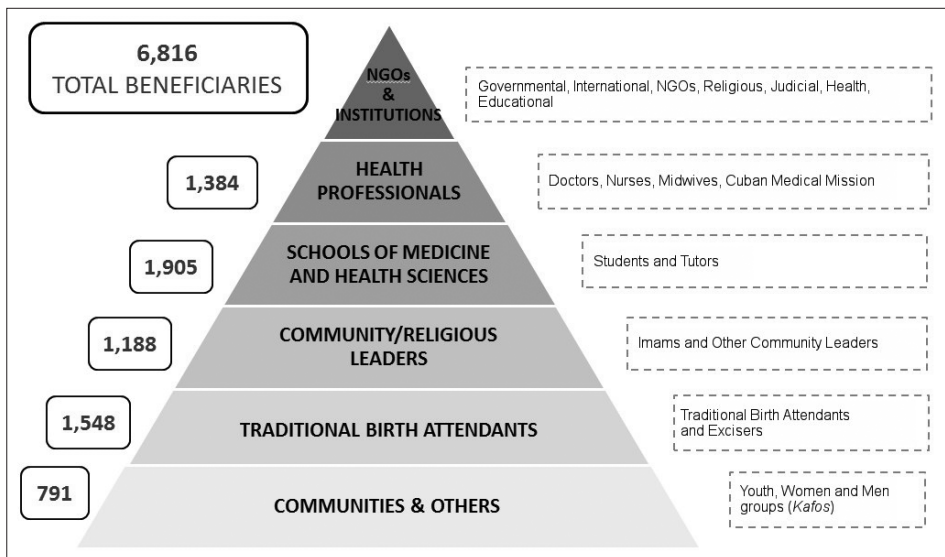


A study on the Knowledge, Attitudes and Practices of Health Professionals about FGM/C in rural areas (2008-2010) revealed that 42.5% supported the practice and that medicalization of the practice was already a reality in the country (Kaplan et al., 2013b). In 2016, a comparative study was published of the first (2008-2010) and the second (2011-2014) KAP surveys. This study was carried out among 1,288 health professionals in order to explore trends and measure and determine changes in knowledge, attitudes and practices. The study shows a positive impact of the National Training Program for Health Professionals on FGM/C, a project designed and developed by WGK and implemented in close collaboration with the Ministry of Health and Social Welfare through a Memo of Understanding. The comparison confirms that professionals are increasingly able to identify the health consequences of the practice (41%<62%), they give less support to the perpetuation of the practice (42%>25%); and the link between FGM/C and religion has diminished (54%>25%). At the same time, the study highlights an increase in medicalization trends (8%<10%) (Kaplan et al., 2016).

A further KAP study focusing on exploring Gambian men's perceptions towards FGM/C was conducted. It revealed that only 8% of men took part in the decision to perform the practice on their daughters and that 71.7% were unaware of its health consequences. 51.6% thought men had a role to play in its prevention (Kaplan et al., 2013c).

WGK has trained since 2010 over 6.800 key agents (mainly health professionals, students, community and religious leaders and traditional birth attendants) in all regions of The Gambia in close accordance the results of applied research. The transfer of knowledge is carried out in close collaboration with Gambian institutions through local Memoranda of Understanding (e.g., Women's Bureau, Ministry of Health and Social Welfare, the Cuban Medical Mission and all Health Sciences Schools in The Gambia). The Gambia is the first country in Africa where FGM is integrated in the academic curriculum in all health sciences studies in order to train future health professionals on the topic.

The beneficiaries trained between 2010-2016 are shown in the following figure:



Since 2012, the methodology of applied research to knowledge transfer in cascade has scaled up to include Kenya and Tanzania, and FGM/C has been incorporated in the Academic Curriculum of Health and Social Sciences degrees in cooperation with four universities (between 2012 and 2015).

The main impact and results of WGK interventions are as follows:

- The promulgation of a fatwa in 2011 expressing the commitment of Islamic authorities to prevent FGM/C organized by UN agencies through a Colloquium with West African Religious Leaders in Mauritania;
- The training of religious leaders in The Gambia between 2011 and 2016, which opened a space for dialogue about the negative consequences of the practice (organized by the Women's Bureau);

- The design and the implementation of the National Training Program for Health Professionals on FGM/C (2011-2020) through the Ministry of Health and Social Welfare with support from UNICEF and the WHO;
- The scaling up of Wassu's methodology to four universities in Kenya and Tanzania (2012-2015) and in 2018, in Casamance, Senegal;
- Provision of evidence through research to the Gambian government to enact a law against FGM/C (December 2015).

References

- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., & Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in The Gambia, evidence into action. *Reproductive Health* (online). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-8-26> (last accessed at 28 June 2017).
- Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., & Ceesay, H. (2013a). Female genital mutilation/cutting (FGM/C) in The Gambia: Long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women's Health*, 5, pp. 323-331.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013b). Knowledge, attitudes and practices regarding FGM/C among rural Gambian health care professionals: A multiethnic study. *BMC Public Health*. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-851> (last accessed at 28 June 2017).
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S., & Utzet, M. (2013c). Female genital mutilation/cutting: The secret world of women as seen by men. *Obstetrics and Gynecology International* [e-journal]. Volume 2013. Available from: www.hindawi.com/journals/ogi/2013/643780/
- Kaplan, A., Riba, L., Laye, M., Secka, D., Utzet, M., & Le Charles, M. (2016, April 12). Female genital mutilation/cutting: Changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia. *International Journal of Women's Health* [e-journal], Volume 2016(8), 103-117. doi: 10.2147/IJWH.S102201
- The Gambia Bureau of Statistics. (2011). *The Gambia Multiple Indicator Cluster Survey 2010, Final report*. The Gambia: The Gambia Bureau of Statistics (GBoS).
- UNFPA. (2008). *Global Consultation on FGM/C. Technical Report*. New York: United Nations Population Fund.
- UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. New York: United Nations Children's Fund. Available from: [http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread\(2\).pdf](http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread(2).pdf) (accessed at 28 June 2017).

4.

**Cultural Counter-Argumentation
as Strategy to Fight against the Practice
of Female Genital Mutilations.
The Case of the Haalpulaar Society in Mauritania**

Abdoulaye Doro Sow

Équipe de Recherches sur les Mutilations Génitales Féminines (ERMGF)

Faculté des Lettres et Sciences Humaines

University of Nouakchott

Nouakchott, Mauritania

Human cultures meet and influence each other. These interactions give rise to loans, exchanges and experiences that invite overcoming and abandonment. The renunciation that is the origin of the rupture can generate conflicts of personality or even a feeling of cultural emptiness – a source of existential uneasiness. In order to restore this dynamic to its true context, it should be emphasized that all cultures are equal in dignity.

The call to abandon the practice of female genital mutilation should be presented as the renunciation of a type of shame that we find in all human cultures. It should not be seen as putting cultures on trial nor as an expression of the Western hegemonic will manifesting itself through globalization. This call is an invocation of principles that lead us toward universal norms of human rights. A cultural element should not form a part of the affirmation and preservation of identity if it does not conform to human rights. Victor Topanou states that “in any case, one day we will have to make an inventory of our traditional values and practices.”

The use of popular sayings, proverbs and maxims as forms of cultural counter-arguments can be useful strategies to sensitize populations about the harm of FGM practices. These can take the form of courses, exhibitions, group work, discussions or neighborhood activities with the support of artists, *ulamas* and traditional or customary chiefs.

This pedagogical *démarche* establishes a situation of reflection that tests the values, norms and attitudes of participants (school children, women, civil society actors) in the face of the practice of female genital mutilation. It allows participants to question the beliefs and certainties considered to be true – given that they have been transmitted for a long time – and conveyed by educational and cultural conditioning. Such cultural counter-arguments question passive adherence of populations to the practice of FGM and raise awareness of one of the central pillars in Mauritania, which is the religious argument. We find religion as a justification for the practice within all national groups, although this argument

is not very solid. Ideally, the *ulamas* would agree to deal with the issue in their Friday sermons or in their discussions in the neighborhoods.

Strategies to combat traditional practices, and in particular the practice of FGM, should be based on sociological and cultural data. It is necessary to know the sociocultural values (e.g., *gacce*, or shame) of target groups, since cultural representations play a key role at that level. It is impossible to abruptly change cultural practices that are deeply rooted in the collective mindset. An ancient social system, which continues to cling to deeply rooted traditions and habits, cannot be shaken at one blow. All struggle, realistically, against these practices must therefore be based within cultural resources.

For this reason, we have chosen to describe the Cultural Counter-arguments to shed light on the dangers and false ideas and, finally, to initiate a dynamic of social conduct change. It is a long-term fight, and the need to align with international legal standards and produce immediate results can threaten everything. The fight against FGM involves combining the various efforts of diverse individuals, including the mobilization of populations and different authorities. Spreading knowledge about cultural justifications and the role of religion in this practice can help to better sensitize the people. Appealing to examples drawn from reality and from the daily lives of the people is the pillar of our pedagogical approach, which is both active and operational.

However, this approach is based on an effort to understand the harmful traditional practices keeping in mind the *mise en garde* from Patrice Méyer-Bisch:

It is not enough to be militant, it is also necessary to be able to respect and understand what cultural traditions carry as strengths, as resources and as identity. In the case of female genital mutilations (FGM), it is the whole anthropological question of the relationship between man and woman that is at stake. The prohibition of this inhuman treatment, cruel and degrading, is one of the 'founding interdicts' without which human dignity is not possible. But this is not a sufficient objective, it is a baseline of understanding of mutual respect, of gender relations and of the social fabric.

Finally, we have tried to understand how the traditional practices considered today as violations of the rights of the human person are perceived within the popular imagination of the Haalpulaar, a society undergoing rapid change. It should be stressed that the theory of cultural counter-argument, which we regard as our main contribution, stems from this approach which has become the primary way to use language as a cultural resource in the fight against harmful traditional practices and in favor of human rights in traditional African societies.

Introducing Mauritania

A former French colony, the Islamic Republic of Mauritania gained independence on the 28th of November 1960. It is bordered on the north by Western Sahara and Algeria, on the east by Mali and Senegal and on the west by the Atlantic Ocean. It covers an area of 4,030,700 km² with a population of 2,548,157¹, consisting of an Arab community made up of white Moors and former freed slaves, called “Haratins,” and an African black community consisting of Haalpulaar, Soninke and Wolof.

The practice of female genital mutilation can be observed in all national groups. It should be emphasized, however, that the Wolof usually do not practice excision and those who do may be influenced by geographical and cultural proximity to practicing groups. Thus, the Wolof living in the region of their origin, which is Trarza, do not practice female genital mutilation.

Introducing the Haalpulaar society

The Haalpulaar society is stratified in this way:

Rimbe (nobles)	- Fulbe	Political and warrior aristocracy
	- Tooroŋbe	Political and religious aristocracy
	- Seŋbe	Warriors
	- Jaawanbe	Counselors
	- Subalbe	Fishermen
Ñeeñbe (craftsmen)	- Wayluŋbe	Blacksmiths
	- Sakkeeŋbe	Shoemakers
	- Maabuŋbe	Weavers
	- Lawbe	Carpenters
Jiyaabe (slaves)	- Wammaabaŋbe	Praise guitar players
	- Awluŋbe	Griots
	- Maccube	Not freed slaves

Definitions and reasons of ongoing traditional harmful practices

A forced marriage happens when at least one of the parties does not consent to the marriage and when coercion is used. In Europe, the phenomenon happens in a variety of ways: a young girl living in Europe is taken abroad under false pretenses or, from abroad, she is “imported,” that is, bought by a Westerner or a naturalized immigrant. Forced marriages can also take place without foreign travel.

¹ General Census on Population and Environment 2001.

Levirate marriage is a particular type of marriage where a widow marries the brother of her deceased husband, in order to maintain continuity in the man's family. The children of this new marriage have the same status as the children of the first husband. This often forced practice is combined with polygamy and is most frequently practiced in some African countries. Sororate marriage is the practice of a widower marrying his deceased wife's sister. Levirate and sororate marriages are intended to strengthen the social cohesion of an ethnic group and family, enabling the protection and education of children.

Early marriage refers to marriages in which one of the participants is under 18 years of age. Desires to preserve the social cohesion of an ethnic group and avoid pregnancy outside marriage has given rise to early marriage practices.

The desire to safeguard genealogical purity and to ensure the honor of the family group has given rise to practices aimed at the control and surveillance of female sexuality. Indeed, in cultures where virginity is a value and where pregnancies outside marriage create dishonor, excision appears as a solution.

Female genital mutilations cover a wide range of non-medical ritual operations performed on the female genital organs, which include their partial or total ablation or incisions within the vagina. These include all interventions including the partial or total ablation of a woman's external genitalia. The most common form is the excision of the clitoris and labia minora, and the most extreme form is infibulation. These practices are referred to as genital mutilation because the procedure serves no medical need, rather it is purely sociocultural. Excision (or FGM) appears today as a major challenge.

Forced feeding (*gavage*) is a traditional practice performed among the Moors that consists of fattening young girls by giving them enormous amounts of food. The popular Moorish saying stipulates: "A woman does not occupy attention if she does not occupy space." Little girls are fattened to achieve a level of flattering wealth for their parents; they are treated as a factor of seduction, a game to prepare for marriage. An obese wife testifies to her husband's wealth (a value shared by most ethnic groups in the region). It is probably more a question of vanity rather than of aesthetics. A fat woman is clearly idle, requiring the assistance of maidservants² and the produce of dairy camels.

Historically, certain civilizations have valued female obesity and praised the imposing places of their bodies. Paintings representing fat women, particularly those of the Middle Ages in Europe, bear witness to the valorization of obesity.

² N.T.: The translation of *servantes* as maids in the context of Mauritania, where there are still contemporary forms of slavery, would not be accurate. The option of "servants" is literal and, in a way, purposeful in order to keep an ambiguity in meaning since the author talks about a practice that is clearly linked with social status.

In certain regions, the perceptions of beauty, we believe, relate to the division of labor and wealth.

“This fatness of women, already appreciated in the eleventh and sixteenth centuries, has re-mained a standard of Moorish beauty,” writes Odette du Puigaudeau in *Arts et coutumes des maures* where she describes the conditions of forced feeding in northern Mauritania and the ongoing practices used by the Moors to feed (*gaver*) their girls.

In sum, harmful traditional practices are connected to marital fidelity, prayer obligations, preservation of virginity, safeguarding the honor of the family and the desire to maintain bloodline purity.

The status of the human person

The feeling of *gacce*³ as validation of the ontological identity of the human being cannot be well understood without the parallel notion of person among the Haalpulaar'en. The person is, first of all, a *tagoore*, a divine creature which, for that reason, has dignity. The *tagoore* encompasses several elements, including the *balndu*, or body, and the *hakkile*, meaning reason or consciousness. It is understood as a constituent that allows man to reason, to discern good from evil without any guidance. There are the *fidtaandu* and the *wonki* to designate the soul, life and, in a word, the vital principle. It should also be noted that *wonki* refers mainly to the existence, or to the material dimension of being.

In Black African thinking, a combination of these elements, namely the capacity to reason, is not a sufficient condition to confer the status of humanity upon a person. Contrary to the Hellenic tradition, reason is not the essential mark of the human, the human is not merely a thinking being. In the Haalpulaar context, the human is a substance that feels shame. “*Neddô mo hersataa wonaa neddô*,” in other words, a human who feels no shame is not a human. *Gacce* is then what attributes the status of humanness. It is impossible to describe a human being, to name it or to conceive of it without connecting it to the feeling of *gacce*.

A human being⁴ is therefore a being who ontologically experiences shame. In everyday life, the human being is configured to experience shame, and in this way recognize behaviors tied to status, sex, age, marital status, in the presence

³ N.T.: *Gacce* is a word, a feeling, that the author defines in a positive way. However, a similar word is also used in the Wolof language of Senegal meaning “shame resulting from a serious mistake, which is discovered and made public” (Sylla, 1980, p. 93); in Wolof it has a negative meaning, following forms of social organization with contact, where the person as a social being needs the protection achieved by the interplay of honor and shame.

⁴ N.T.: The author uses “*l’homme*” throughout the text to mean human being. It is not clear what the best translation would be. “Man” is not a neutral expression, so “human being” is used instead, to avoid gendered interpretations.

of his *paso*, his in-laws, etc. As a regulating principle of social attitudes in the Haalpulaar context, where the axiological dimension of this conduct is predominant, *gacce* is what allows the human being to behave morally and be radically distinct from the animal. The social universe of the Haalpulaar'en is strongly imbued with this feeling.

Gacce is an essential value in the sense that honor, the dignity of restraint, is felt accordingly to the level of *gacce* a person is able to feel. In a society where the concept of *gacce* is so deeply-rooted, the modes of expression and satisfaction of physical pleasures are objects of strict control.

The practice of FGM in Mauritania by the numbers

- Demographic and Health Survey (DHS⁵) - Preliminary findings (August 2001): Approximately three-fourths of Mauritanian women aged 15 to 49 have undergone excision.
Prevalence varies according to ethnic groups: 92% among Soninke women; 72% among Haalpulaar women; 71% among Moorish women; and 28% among Wolof women. 93% of women declared knowledge of excision.
- Study of the NGO AMLPN (1999): Of 21 *moughaatas*⁶ inquired, in 11 *moughataas* 100% of women were excised (Trarza, Brakna, Gorgol, Nouakchott, Assaba, Guidimakha and the 2 Hodhs).
- Survey on Women's Health in the *wilaya* of Brakna (UNICEF/FNUAP, 1994):
Incidence of excision practices: 92.3%.
- PAPCHILD-MSAS/FNAUP/UNICEF (1990): 84% of women in rural areas and 75% of women in urban areas.

The beginning of the research

My reflection and particular interest in the issue of female genital mutilation resulted from two facts dating back to 1997. One was the birth of my daughter and the other the death of a young Egyptian girl as a result of the practice of FGM. Hence, on July 1, I had just become the father of a girl, and the day before I had seen a film detailing the death of the Egyptian girl. The combination of these two experiences led me to look at the reasons for the practice of FGM within my own cultural community. I began to set a strategy for gathering information that allowed me to construct a *corpus* dealing with the causes of the practice of FGM within Haalpulaar society.

⁵ N.T.: Carried by UNICEF.

⁶ N.T.: Equivalent to county or parish.

It remains to be said that if we apply for the first time the cultural counter-argumentation to female genital mutilation, it is because the practice is transversal in Mauritania. It is practiced within all national groups. As a violation of the dignity of women, female genital mutilation is at the root of some modification of traditional practices, which are morally unacceptable. Genital mutilation as a rite of passage used to be practiced between the ages 10 and 12. At present it is performed between the ages of 0 and 3 months to hide the shocking and traumatizing character of the operation for the young girl. There is no doubt that the economic crisis and globalization have caused social deregulation, which has been a source of unease. In the face of this reality, tradition is increasingly used as a refuge. However, it should be emphasized that no practice that violates the dignity of human beings can be accepted as a basis for the construction of identity.

Human dignity cannot be a universal notion of positive content: it gradually unravels the definition of the inhuman. Each human right determines a limit, a founding 'interdict' of the law that guarantees the intersubjective. It is the interdiction that binds because its negation defines a common space of freedom: the prohibition of lying is the permission to think through dialogue, and to act in interaction. The ban on mutilating a girl is a liberation to think differently about gender relations. There is no need to be egalitarian. The limit of the exigency to interdict the inhuman extends the field of understanding.

Challenges faced

The first difficulty involves the use of concepts that denominate female genital mutilation. The terms used have nothing to do with the practice of female genital mutilation, and a true awareness of the concepts is necessary to draw attention to the veil of silence surrounding this practice. Effectively the term *haddaade*, which designates excision, literally means "to tie a cloth." Female genital mutilation is thus considered a "woman's affair" and from the beginning of my investigation I have recognized a great misunderstanding among those close to me. Weary of my interest in this matter, my mother made the following remark: "A man of your social status should not be interested in the lower parts of women."

This statement becomes intelligible when we re-locate it into the context of Haalpulaar society, where the blacksmiths⁷ are the custodians of erotic culture. Female genital mutilation is linked to the management of female sexuality within Haalpulaar society, a taboo subject. To overcome this hostility and break down socio-cultural resistance we have had to use our knowledge of the language and

⁷ N.T.: In many societies of Western Africa the "blacksmiths" are figures imbued with great social and symbolic importance.

dialectal twists to convey and translate information about sexuality. Finally, it should be emphasized that, in order to combat harmful traditional practices, it is necessary first to unearth concepts that refer to this practice, but also to unmask taboos related to the practice within the collective memory of Haalpulaar society.

Starting questions

The course of this reflection is based on a set of questions:

- How do we devalue the practice of female genital mutilation in the Mauritanian imagination? Is the strong demand for virgin girls on the marital market one of the main reasons for men not mobilizing to eradicate this practice?
- How is it possible that – despite the different actions taken by the public authorities, NGOs and civil society – this practice has not decreased in Mauritania? Can the practice of female genital mutilation be conceived outside the social context colored with the myth of genealogical purity of blood?
- Is the practice of female genital mutilation a powerful shield against the acts considered most shameful? How do we set up a mode of communication that does not shock people, or to put it another way, how do we use culture to fight cultural practices deeply rooted in the collective mentality?
- How do we combine our traditional practices with international standards for the protection of human rights? How do we fight violence against women in Mauritania? How do we overcome the cultural particularisms competing for the identity of an ethnic group to fit into the universal norms? Is there a gap between reality and the way in which harmful traditional practices are perceived in the popular imagination of a population?
- Is it possible for a virgin girl, in a society dominated by sexual ignorance, by concealment of the nature of sexual intercourse, by euphoria and other nonsense, to imagine the reality of future effects resulting from the ablation of that part of her body or the alternative?
- Will the impossibility of imagining the effects lead girls to withdraw consent?

The hypothesis

To answer this series of questions we advance the following hypothesis: The more the woman is considered the guarantor of the honor of the family group, the more strongly the practice of excision will be observed.

In other words, the desire to ensure sexual modesty among women is one of the essential causes for FGM in Mauritania, disregarding the dignity and health of Mauritanian women. An observation like this gives rise to a curious paradox, a positive attribution accompanied by a negative sanction. In fact, the woman is seen as an important and valuable being. This privileged status should logically banish all harmful practice on women. It should be noted that the selfishness of men, their desire for possession, and the weight of traditions are so strong that they are devoid of any logic.

In addition to social surveillance and cultural discipline of the body, the practice of FGM is seen as a powerful shield against women's sexual desire – supposedly to prevent the loss of virginity and pregnancies outside of marriage bonds, which are considered extremely shameful acts.

Methodology

The methodology followed to understand the practice of female genital mutilation in the Haalpulaar'en community in Kaédi and to elaborate the counter-cultural arguments is described below.

At first we went to meet the mothers of the girls, the traditional excisers, the theologians, the parents and, finally, adolescents to collect cultural arguments, or the set of procedures used to justify and legitimize the practice of female genital mutilation. It should be stressed, however, that at the time of our meeting with adolescents we sought, above all, to obtain information about their perceptions on the practice of female genital mutilation. This data collection was accompanied by research about the degree of knowledge these interlocutors had about the dangers associated with the practice.

Secondly, we went to meet the traditional excisers to obtain information about their social status, their age, their knowledge (i.e., the magic formulas and songs that accompany the practice), the medical techniques, the modalities of the practices of the excision, the instruments used, the mode of transmission of knowledge, the place, the age of the excised girls, the women who bring the girls and the nature of the offerings related to these services.

Finally, we went to the medical staff who continue this practice, who, like the mothers, are already aware of the dangers of the practice of female genital mutilation but who do not speak against the practice.

Since our intention was to know the reasons for this hesitation, or perhaps even fear, this approach focused on the collection of songs, myths, proverbs and sayings that serve to culturally justify and legitimize the practice of female genital mutilation, in tandem with the religious justifications.

Armed with these cultural arguments we proceed to the elaboration of cultural counter-arguments. During this phase, it was a question of verifying the pertinence and operationality of cultural arguments, confronting them with reality and with the daily life of the population. After building some cultural counter-arguments, we went out to meet women to gather and share their experiences. We realize not only that the practice of female genital mutilation is not a powerful shield that circumscribes sexuality against acts considered shameful, but that it is also extremely dangerous.

What attitude should we take in the face of the cultural argument that states “*Debbo haalpulaar mo haddaaki wonaa deddo haalpulaar,*” meaning a Haalpulaar woman who is not cut is not a Haalpulaar woman? In this case, it was necessary to explain that the search for identity cannot be performed by means that violate the dignity of women and that no culture should allow this. It should be noted, however, that at this first stage of our work, we had not yet attempted to collect the experiences of adolescents in relation to female genital mutilation or to share that of the mothers.

This methodology was further developed as a result of our meeting with Professor Patrice Meyer-Bisch, whose definitions of culture and cultural rights led us to start working on the philosophy of cultural counter-arguments. His analyses have effectively led us to review the nature of our collaboration with Kaédi’s young girls. We returned to the field and decided to involve them and hold them accountable, and from this initiative came poignant and pertinent cultural counter-arguments about the practices of female genital mutilation.

The statement that struck me most, however, was made by Kadia Mbaye: “*Haddinnde suka debbo battudo hakkille way kono yeebaade dum ni,*” or the fact of excising a self-aware girl resembles a violation.

The definition of cultural counter-arguments

Cultural counter-argumentation is a strategy designed to combat and devalue certain harmful traditional practices. The counter-arguments make up a procedure that relies on culture to devalue certain traditional practices which are medically dangerous, disrespectful of human rights and not required by religion, with the aim of changing the attitudes, behaviors and social practices of a population. To achieve this, it is necessary to attack the sphere of legitimation of those practices in the Mauritanian popular imagination.

Why use cultural counter-arguments

The choice of the application of cultural counter-argumentation to the practice of female genital mutilation is related to the fact that it is the most prevalent harmful traditional practice. It is practiced by almost all Mauritanian national groups.

This cultural strategy has arisen in response to the fact that all other approaches to raise awareness about the harm of FGM (from the health, legal and economic point of view), along with the penalization and retraining of traditional excisers have not yielded the expected results in Mauritania.

It is true that the virtues of penalization are real. It helps to free people from the mystifications and nonsense that dominate their spirits or the illusions that incite them to practice something contrary to their interests. In addition, it seeks to raise awareness by criminalizing such acts, as well as translate and preserve the people's interests by explaining to them the negative effects of the act. But in spite of these virtues, there will be no impact if the population at large is unwilling. Thus, we wondered whether we should not attempt counter-argument and seek to see to what extent this can be combined with other strategies.

The function of cultural counter-arguments

The function of cultural counter-arguments is to delegitimize and deconstruct the harmful traditional practices of female genital mutilation, levirate and sororate, early marriages, forced feeding and eating taboos.

In addition, it aims at devaluing the traditional practices held in the popular imagination of Mauritians in the long run. This is why all modes by which information is transmitted to traditional societies will be identified and used.

Cultural counter-argumentation is an invitation to partake in introspection and commit to changing social behaviors and practices. It is a question of integrating the taste for introspection and rational argumentation into the system of African cultural representations.

Modernity lies in a gigantic internal effort that must lead African elites to courageously call into question what is deadly in their culture. They should accept to lose what is dead in their culture, to mourn, an active mourning in the Freudian sense of the term, to become new creators, just as their ancestors were. In other words, modernity is a long process of construction and deconstruction of itself (Diouf, 2001, p. 2).

It should be emphasized that rational research is the mother of the critical spirit, which is the basis of progress in both scientific and technical health, as well as in the management of urban affairs and in the improvement of quality

indicators in the socio-political space in the West. Is not democracy based on the confidence that every individual, endowed with reason, is able to choose and behave according to laws, whose purpose is to regulate life in society by ensuring order and peace? Let them not argue that cultural counter-argumentation gives priority above all to reason and to the power of logic. What would an individual be without reason, without this faculty of analysis and discernment?

It is curious to note that, once the theory of cultural counter-argumentation is mentioned, the question of specificities reappears. It is then time for Africans to end the conspiracy of silence that surrounds traditional practices and discard the practices and beliefs that are dangerous from the point of view of health and that constitute serious violations of the rights of the human person.

Cultural counter-argumentation is open to all contributions aimed at countering harmful traditional practices. Thus, different cultural counter-arguments relate to a variety of aspects:

- health: “Haddinnde debbo ina adda cadeele jibinirgol,” meaning that the practice of excision can lead to complications at the time of delivery.
- juridical: “Laamu ina hadi kaddingol sukaabe,” meaning that the State forbids the practice of excision.
- psychological: “ande rewbe ndawi, anndu koy so tawi a haddaaki adfa ɲakki,” warning that on the day that women value themselves, if they are excised they will have a *handicap*.
- emotional: “Haddina dawa ndewaagu lembel mo haddaaki dafta dum,” warning that a Haalpulaar woman will see her Wolof co-wife become her husband’s favorite.
- ethical: “Haddinnde debbo battudo hakkille way kono yeebaade dum ni,” meaning that the excision of an already self-conscious girl resembles a rape.

And finally, cultural counter-argumentation appeals to history. We have sought out in our cultural heritage legendary figures who incarnated positive values such as righteousness, honesty, a sense of dignity and a refusal to compromise in all circumstances. That is the case of Hamme Birom Mody Kome and Seegu Bali who are still recognized as heroes when their deeds are evoked, and who still have a strong fascination in the popular imagination of the Haalpulaar’en in the Senegal River Valley.

The rehabilitation of legendary figures acts as a counterbalance to the false values present in the culture to legitimize corruption and misappropriation of public funds. Through this rehabilitation, cultural counter-argumentation will foster new practices, value certain behaviors and criminalize any ethics based on violence and monopolization.

The support and canons of communication

In an oral society such as the Haalpulaar'en community in Kaédi, collective memory plays a pivotal role. The deeds and gestures of individuals are reported in songs. The weight of words has real control over the daily lives of the population, and the desire to defend their social prestige remains very strong. The word situates the individual in cultural dignity. It is through the word that we indicate to individuals that they are welcome, that we have consideration for them and that they are *tagoore*, that is, individuals that deserves respect. This environment of verbal exchange transforms the individual into a person capable of receiving, giving and sharing.

The appropriation of human rights necessarily passes through the canons of cultural resources that are the language and the proverbs of a culture. That is the place of connection and sharing of human experiences and achievements. It is in this context that Amadou Bah states that:

Language and culture have always been the main attributes through which peoples determine their identity and value themselves in relation to others. They are also the attributes by which the other is admired or despised, accepted or refused. Language is the soul of a people. The soul is not only what gives pride of being and existence, it is also what allows existence, what allows to live. That is why the soul demands from each moment respect and consideration. Without the soul the human does not live at all, it does not exist at all. In this way, the conflicts between culture and rights become conflicts over existence, for life (Bah, 2010).

And concerning language, Amadou Bah stresses that: "Proverbs are a typical means of transmitting tradition and traditional knowledge. They are perhaps one of the last means of transmitting this knowledge which continues to play an important role in everyday contexts, both traditional and modern."

It is clear from these multiple statements that, in all human societies, considerations related to human rights and respect for human dignity are present even if they are not codified.

The philosophy of cultural counter-arguments as inspired by the works of the School of Fribourg on cultural rights

Observe → The practice, the protagonists, the ritual, the instruments, the counter-benefits, the medical techniques, the practical knowledge, the formulas and the songs that accompany the practice.

Collect → The cultural arguments and the different ways of conveying these same arguments, for example, sayings, myths, songs and proverbs.

Confront → The cultural arguments with the lived reality of the daily life of the population, with the objective of testing their degree of operation and of eliminating the gaps and grey areas.

Share → Personal experiences according to the profile, testimonies, confidences, experiences of other countries of the subregion.

Involve → Adolescents, mothers, *ulamas*, NGOs, different schools and vocational training centers in the investigation of cultural counter-arguments based on experiences, testimonies, confidences and the result of the confrontation of these cultural arguments with what is the daily lives of the people.

Hold responsible → Adolescents, mothers, *ulamas*, authorities and civil society, with the aim of becoming key actors in raising awareness of the harmful effects of FGM.

Cultural arguments⁸

Haddaade ina hada koyeera - Excision prevents dishonor

Haddaade ina hada debbo fergitaade - Excision ensures the preservation of virginity

So a nanii yoo male o hadi - If you hear this, we are dealing with a virgin

Haddaade ina tonnga fidtaandu - Excision educates and attenuates carnal pleasure

So debbo haddaaki resata dum ko naalanke - An unexcised woman will marry a troubadour

Debbo ko penngal asko - The woman is the pillar of genealogy

Yoo gundo res gundo - Let the varan marry the varan

Kummba haddii camaaba jibina - Kumba used the cloth and gave birth to a hero

So debbo haddaaki juulata - An unexcised woman cannot pray

So debbo haddaaki wawa weltinde fidtaandu jom galle mum - An unexcised woman is not sexually attractive to a man

Haddinnde sukaabe rewbe ko e aadaaji men njeya - Excising girls is an integral part of our traditions

Ko adaaji ndeeni lenyol - Traditions are what preserve the identity of the ethnic group

Neddo yoo faasno ko jey - Every man should be proud of what is part of his identity.

⁸ This methodology results from a collaboration with IIEDH of Fribourg.

Cultural counter-arguments in Pulaar

Haddaade hadata koyere - Excision does not prevent dishonor

Ko mi dimo ko mi dimo, ko so heege acci - I am worthy, I am worthy as long as there is no hunger

Haddaade hadata debbo fergitaade - Excision does not allow preserving virginity

Haddaade toɲngata fidtaandu - Excision is not a shield against carnal desire

Haddaade hadaata debbo rewde mbellamma aduna - Excision does not prevent a woman from getting carried away

Yimbe ko yibbe - Humans are fruits

Yimbe ko tekke - Humans are pieces of cloth

Bidɗo jibinte artataa - Every child follows their destiny

Mbeewa ina diwa biyi mum, ara sora - Personality is not hereditary

Haalpulaar en ina ndesondira e rewbe jolfuɓe - The Haalpulaar'en marry Wolof women

Rewbe aarabeɓe jibinama makka ina njuula, ina kajjoyaa, kono kaddaaki - The women of Mecca pray and make the pilgrimage, but they are not excised

Haddinnde debbo battudo hakkille way kono yeebaade dum niium ni - The act of excising a girl who is self-conscious resembles a rape

Yeebaade debbo ko hersinnde dum - Rape is an attack on the honor and dignity of the girl

Yeebuya ko uure nde sellata - Rape is a wound that will never heal

Wonaa aada fof moyyi, ngol jimol njennoore yeekiraabe ko teskeede moyyani - It is said that all traditions are good, but, to prove otherwise, the ceremony and blame of the sisters-in-law has been completely abandoned because it is inconvenient

Accude won hen e adaaji firtataa ngoroondi lenyol - The abandonment of certain traditions has no effect on the identity of an ethnic group.

The sociocultural reasons of female genital mutilation

Mauritanian woman, regarded as the guardian of moral values, must have exemplary behavior in both society and family (fidelity to husband, availability, obedience and submission). It was with this goal in mind that these main reasons, which we call cultural arguments, were created.

The defense of the honor of the family group

In a social environment where prestige, similar to recognition and social consideration, depends on honor, all deeds and gestures are scrupulously codified and guarded. This is how, from early childhood, young girls are subjected to rigorous cultural discipline designed to tame their feelings and desires and to

cover their bodies to create the feeling of shame. The woman's body is seen as the place of shame, the source of dishonor. In such a sociocultural environment the domestication of women's sexual appetites becomes a major challenge. The fear of losing honor plays an important role in the practice of FGM within Mauritanian society, and other arguments appear as an extension of the defense of honor.

The preservation of virginity

The preservation of virginity is a central concern of the parents of a young girl and especially of the mother. Since childhood the young girl is structured to feel shame. For this, the ways of talking, sitting, laughing and dressing are inculcated with extreme rigor. She is also taught not to externalize her feelings, for to do so is interpreted as an absence of modesty and shame. The cultural discipline of the woman's body is a constant concern, even if the traditions of cloistered clothing are unknown. It is "an accident" therefore, not to preserve virginity until that crucial and decisive stage that is marriage.

On the day of the marriage, the verdict is impatiently awaited, for it is the honor of the girl, of her group, of the survival of her home, as well as the consideration of her husband. In fact, virginity has value. The young girl who arrives as a virgin at the wedding is considered to be a virtuous woman who gives importance and value to her body.

A song is sung for her, one that makes the apology of virginity and the praise of the newlyweds who knew how to preserve virginity. After the song, there are different gifts from the husband, friends, the husband's mother and often the girl's parents. But more important in these solemn moments is the extreme appreciation of the married woman and her mother.

The shield against carnal pleasures

A pregnancy before marriage is one of the most feared acts because it is considered the most shameful. In a society with an oral tradition like ours, collective memory plays the role of a library. Deeds and gestures are recorded and expressed in the form of songs. Every act that attacks the honor of an individual and his family is unforgettable. Strategies to combat premarital pregnancy start with the preservation of virginity.

The genealogical purity of blood

The cohesion of the ethnic group, as well as the preservation of cultural markers that make it possible to read and understand the workings of Mauritanian society, goes hand in hand with the strict respect for endogamous matrimonial strategies that guarantee the genealogical purity of the blood. Exogamic

practice is strongly opposed because it disturbs the social fabric as well as its axiological reference points.

In fact, all mixture of blood attacks the traditional logic that considers it contrary to nature. Strategies for preserving the genealogical purity of blood are rigorously codified. It is through the woman and the consanguineous marriage that the genealogical purity of the blood is perpetuated. "A consanguine shield" is rigorous to achieve that goal. Excision is believed to give the woman certain moral qualities, fidelity to the husband and restraint.

The glorious offspring

In all societies there are illustrious characters who embody models of conduct and an ideal of bravery. In a community in perpetual combat against the hostility of nature, qualities such as bravery, temerity, and knowledge are virtues erected as absolute values. The fate of a child is strongly dependent on the moral qualities of his or her mother. This is a belief deeply rooted in the collective mentality.

The conjugal virtues

An unexcised woman cannot please her husband. One must understand with this statement that an excised woman is more sexually attractive to a man. This false understanding bears witness to the degree of cultural conditioning of women, who must withdraw from their own self to please men. This argument is fully realized in a social milieu marked by the phenomenon of "spinsters" and by the growth of polygamy. As a result of the selection criteria of future spouses, many girls are unable to marry. The expression "conjugal virtues" contains in itself physical and personal qualities (charm), as well as moral qualities (fidelity), and a knowledge of how to be and act destined to please the husband.

It is clear from all of these arguments that the practice of female genital mutilation is essentially perceived as a shield for deviant behavior that is judged to be shameful and that runs counter to the honor of the family group. It should be noted that these arguments are no more than unfounded prejudices and do not resist the assault of cultural counter-arguments.

The pedagogical dimension of cultural counter-arguments

The counter-argument revolves around the concepts of *hattaade* (to verify) and *teskaade* (to memorize), which encourage reflection. Through this form of active pedagogy, we wanted to lead the population, and particularly young high school girls, to appropriate this theory. The relevance and weight of cultural counter-arguments depend on rigorous observation of the reality and experience of the Mauritanian population.

The credo of the Research Team on Female Genital Mutilation is to educate by passing on a message that does not hurt mindsets, to raise awareness making people laugh, to awaken and to lead target groups to ask themselves questions or even to adhere and to appropriate the discourse of modifying behaviors.

Through its various aspects, the theory of cultural counter-argumentation is a means of circumventing the taboo character of sexuality issues within Haalpu-laar society. It allows for the combat of ignorance and disturbs the justification and legitimation of the practices of female genital mutilation. It installs doubt and stimulates reflection in the face of arguments that leave no room for questioning because they have always been formulated and presented as final and immutable truths. This ethnographic *corpus* containing the cultural counter-arguments is provisional, given that the struggle against female genital mutilation continues, and this *corpus* is enriched by the fight for respect of women's rights.

The sense of honor is deeply rooted in the mentalities where pride and self-love sometimes clash with ridicule. It is necessary to draw the attention of the population, and more particularly women, to the fact that excision does not in any way prevent dishonor and that this argument can be illustrated by new "non-standard" social behaviors that emerged during the last three decades of drought and led to the rarefaction of fishery and agropastoral resources, the main sources of income for Mauritanian populations.

Excision is not a solution for pregnancy out of marriage

Premarital pregnancies, though strongly frowned upon, still exist. It even happens that a girl who has had an "accident," according to an expression recurrently used by the people, can marry years later. It is increasingly evident that excision is not this so-called powerful shield against carnal pleasure. The fear of shame attached to a pregnancy before marriage is greatly mitigated by modern contraceptive methods. It should be emphasized, however, that any act committed during this period of life, which does not conform to the norms of moral and religious conduct, is a major obstacle to marriage.

Excision cannot tame desires

The actual behavior of the *diwo* woman (divorced woman) is a strong argument to demonstrate that there is no logical relationship between moral conduct and the fact of being excised. In fact, we have seen a new phenomenon of divorced women becoming hardened single women (*célibataires endurcies*⁹) and are, therefore, heavily courted.

⁹ *N.T.*: Like its neighbor Senegal, where there is an important discourse on social categories about "celibate" and "divorced" women. These categories are considered "new categories" and deserve attention in various circles.

Genealogical purity of blood is a myth

The preoccupation with purity is an essential concern at the center of this community where the entire genealogical account is situated in the line considered purer. And so “there is no genealogy without cracks,” said Professor Omar Ba, a strong defender of our sociocultural values. He considers that all families have, somewhere, an element that constitutes a stain.

Each child follows their destiny

The belief that the practice of FGM is the guarantor of a glorious offspring does not withstand critical analysis. The primacy of material values greatly disturbed the notion of glory. Today, the most glorious are the rich and the whole world speaks only of their deeds and gestures. “Glorious acts are no longer the glorious acts of today. The glorious is today marked by a strong financial and material connotation,” says Babacar Diouf (2001). This realization is a call to reason and its meaning.

The women of Mecca pray and make the pilgrimage, although they are not excised

The weight of religion in social behaviors and practices is very important. Mecca is seen as a sacred place where the spirit of Islamic Sharia manifests itself. The vast majority of women surveyed are unaware that the practice of excision is not in force in Saudi Arabia. The holy place exerts such a fascination on the popular imagination of the Mauriticians that the spreading of this idea threatens shaking deeply-rooted convictions. It should be emphasized that most *marabouts* do not have great knowledge of general culture. They often ignore this reality and shut themselves off in a literal interpretation of the *hadiths*. It is not for anyone to say that Wolof women are not prepared to pray because they are not excised. In the clauses that seal the marriage between a Muslim and a woman “of the people of the book,” there is no reference to excision. It is necessary to insist on this argument to inflect social behavior.

The status of the divorced woman or the *diwo*

The rigorous observation of the daily lives of the population leaves many flaws in the cultural argument conveying the idea that the excised woman “stays calm” — “Haddinnde ina deeyna debbo.” This argument does not stand up to reality. Effectively, not only is it true that the preservation of virginity until marriage cannot be considered a guarantee of marital fidelity in the future, but the current behavior of a *diwo* (a divorced woman looking for a new husband) proves the shortcomings of such an argument.

The sexual freedom of the *diwo*, often concealed, but quite perceptible by the collective, is a strong argument for the fight against female genital mutilation. In

fact, we see well that despite the sexual modesty supposedly obtained, the desire for enrichment and appearance can awaken a sexual instinct that we would think trapped and numbed by excision.

The excision of a girl who is self-conscious resembles a violation

Excising a conscious girl is very disconcerting and resembles a form of persecution of the young girl whose whole body discipline consists in saying that her intimate parts should be touched only by her future husband. It should be stressed that “*Yeebaade*” means rape and that rape is seen within Haalpulaar society as a transgression of a taboo connected with the honor and dignity of a woman.

Rape is seen as a wound that never heals, “*Yeebuya ko uure nde sellata,*” but it is also a gateway to unrest within an ethnic group, in the sense that it disturbs marriage strategies. Female genital mutilation causes moral and emotional suffering because it is experienced as a disgrace that affects the honor and dignity of the girl, as demonstrated by the pertinent and touching cultural counter-argument given by an adolescent in Kaédi: “*Yeebaade debbo ko hersinnde dum.*”

The philosophy of cultural counter-argumentation applied to human rights

- Identify mechanisms for the protection of human rights in Haalpulaar society by questioning cultural heritage. The goal of this phase is to gather proverbs, sayings, statements and assertions related to human rights.
- Register the different cultural arguments used to justify certain practices of violence against children and women and which can be considered as violations of human rights.
- Observe practices considered to be human rights’ violations and record reports from victims, encouraging them to publicly describe the damage suffered.
- Praise the sense of dignity, honor and consideration due to every person, on the basis of the structuring values of the African personality.
- Formulate cultural counter-arguments that condemn and denounce human rights’ violations and, at the same time, promote the protection of those rights. This requires an understanding about the way the theme is treated and perceived in the popular imagination. Caution is needed due to culturally significant canons that convey and deal with ideas.
- Test different counter-arguments among the target groups to find out the degree of receptivity of the people in relation to those arguments. This testing will also allow us to judge people’s degree of tolerance towards statements and content.

The reasons for satisfaction

Helping young people take responsibility for their own destiny is a real source of satisfaction for us. Our confidence, our respect and our social consideration for these girls have awakened and stimulated their creative spirit. They are now able to launch debates and exchange information and experiences about harmful practices. The theory of cultural counter-argumentation paves the way and in certain African countries such as Senegal, Niger, and Mali, as well as in Europe, we find strong Haalpulaar communities using this cultural strategy to fight against the violations of women's rights. Our team is struggling to find funding to tackle other traditional practices that constitute serious violations of women's rights.

Recommendations

The following recommendations may also be useful in the context of combating female genital mutilation in all traditional African societies and, in particular, in Haalpulaar society.

- Identify towns, villages and groups where the incidence of the practice of female genital mutilation is very high.
- Establish a permanent dialogue with health authorities and school staff.
- Collaborate and raise awareness in associations at the village or ethnic level and carry out activities directed towards mothers.
- Alert mothers of possible judicial consequences in the case of mutilation of girls.
- Make cultural counter-arguments available to mothers.

Conclusion

Cultural counter-argumentation is a dynamic learning process. It encourages people to engage in the search for solutions to their problems. It is also a reasonable instrument to understand the foundations of harmful traditional practices and find strategies of cultural resistance against the ignominy in which human culture remains immersed.

Lastly, it should be emphasized that cultural counter-argumentation is a call to the duties of memory, justice, reparation and reconciliation.

The struggle for the promotion of human rights in Africa cannot be achieved without a fierce struggle against impunity. We must remember the inhuman and degrading deeds (*siftorde*) and strike against the dangers of forgetfulness (*yejitde*). These memories should be kept in the popular imagination with no hatred, but as protections against social regression and to help reframe unacceptable behaviors.

The call to abandon the practice of female genital mutilation should be presented as the renunciation of a form of ignorance, which is found in all human cultures. It should not be understood as a trial of cultures, nor an expression of a Western hegemony manifested through globalization.

The special envoy dealing with violence against women illustrates this calling:

States have an imperative duty to combat these cultural practices that result in violence against women, demeaning and humiliating them and preventing them from fully exercising their fundamental rights. International standards require states to take concerted action to eradicate such practices even though those who defend them claim that they are the result of religious beliefs and rites.

This statement is an appeal to reason and to the heart working towards universal ideas of human rights. A cultural marker cannot contribute to the affirmation and preservation of identity, if it does not comply with human rights. "It will be necessary, in any case, one day or another to take stock of our traditional values and practices," says Victor Topanou.

Bibliography

- Bah, A. (2010, April 20). De la question des langues en Mauritanie. *AVOOM*. Available from: https://www.avomm.com/DE-LA-QUESTION-DES-LANGUES-EN-MAURITANIE_a11451.html
- Diouf, B. (2001, March 9). *Le témoin* n° 551, p. 2.
- Meyer-Bisch, P. (1992). *Le corps des droits de l'homme. L'indivisibilité comme principe d'interprétation et de mise en œuvre des droits de l'homme*. Fribourg (Switzerland): Éditions Universitaires.
- Meyer-Bisch, P. (2005, March 7). *Les droits culturels comme ressources pour lutter contre la violation des droits humains*. Conférence UNICEF: Les mutilations génitales féminines en Europe. Zürich.
- Observatoire de la diversité et des droits culturels. (2009). *Situation des droits culturels: Argumentaire politique. Documents de synthèse, DS2, IIEDH*. Available from: https://www.unifr.ch/iiedh/assets/files/DS/DS2-Situation_dc,6.pdf
- Sow, A. (1998). *Le système des castes face aux mutations sociales contemporaines. L'exemple de la communauté haalpulaar'en de Kaédi en Mauritanie*. PhD thesis in Anthropology submitted to the University of Nice.
- Sow, A. (1999). *Contribution à l'étude des stratégies matrimoniales au sein de la société haalpulaar*. Nouakchott: ERMGF.
- Sow, A. (2000). *Contribution à l'étude des mutilations génitales féminines en milieu haalpulaar de Mauritanie: Le cas de la communauté haalpulaar de Kaédi en Mauritanie*. Nouakchott: FNUAP.

- Sow, A. (2001). *Les valeurs structurantes de la personnalité haalpulaar*. Cours en Anthropologie, Département des Langues Nationales, Nouakchott.
- Sow, A. (2001). Le recueil des arguments culturels. *Anales*, 18. Faculté des Lettres et des Sciences humaines, University of Nouakchott, Mauritania.
- Sylla, A. (1980). *La philosophie morale des Wolofs*. Thesis submitted to the University of Grenoble II (1976). Lille: Atelier Reproduction des thèses, University of Lille III.

5.

**FGM/C as a Human Rights Violation:
Implementation of Human Rights Treaties
in Senegal**

Annemarie Middelburg
Middelburg Human Rights Law Consultancy

This paper focuses on the main findings of my PhD research entitled *Empty Promises? Compliance with the Human Rights Framework in relation to Female Genital Mutilation/Cutting in Senegal*. My PhD research addresses the practice of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) from an international human rights law perspective. Over the last decades, the elimination of FGM/C has been discussed as an issue of international and regional human rights law. The practice is considered a form of Violence Against Women (VAW) and a human rights violation. A comprehensive human rights framework exists at both the international and regional levels to address VAW and harmful practices, in general, and FGM/C, in particular. Despite the various international and regional (quasi) legal norms addressing the practice of FGM/C, prevalence rates have remained high in many countries. This raises the question of why and to what extent do states comply or, in the case of FGM/C, appear not to comply with the human rights framework that is designed to eliminate the practice worldwide. The central question of my PhD research is the following: “Which factors explain compliance and/or non-compliance with the human rights framework in relation to the practice of Female Genital Mutilation/Cutting in Senegal?”

FGM/C prevalence in Senegal

Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) provide extensive data on the prevalence and nature of FGM/C. The most recent statistics show that 22.7% of girls and women in Senegal aged 15-49 have undergone FGM/C (DHS, 2016). In 2005, the national prevalence was 28.2%, which means that in the past decade the prevalence of FGM/C among girls and women aged 15-49 in Senegal dropped by 5.5%. FGM/C is not practiced consistently across the country and there are major differences between regions. In Kédougou, Matam, Sédhiou, Tambacounda and Kolda the practice is widespread (80-95%), while in the regions of Diourbel, Thiès, Louga, Kaolack and Fatick, the

prevalence is low (0-10%). The prevalence of FGM/C in Senegal is also strongly influenced by ethnicity: it is commonly practiced among the Mandingue, the Poular, the Diola, and the Soninké ethnic groups. FGM/C is much less commonly found among other ethnic groups including the Wolof and the Serer (see table 1 below).

Table 1. FGM/C prevalence. Ethnic differences

Ethnic group	2005	2010	2014	2016
Mandingue	73,7%	81,9%	64,4%	65,2%
Poular	62,1%	54,5%	51,8%	52,0%
Diola	59,7%	51,5%	46,2%	54,5%
Soninké	78,2%	64,9%	42,9%	58,8%
Serer	1,8%	2,2%	2,4%	0,9%
Wolof	1,6%	0,9%	1,3%	0,8%

According to the most recent DHS data, the majority of Senegalese girls and women who are subjected to FGM/C undergo type I (54.3%), whereas 12% undergo type II and 7.1% are infibulated. Interestingly enough, the data before 2010 show that previously type II was the most common (in 2005 82.7% underwent type II and in 2010 this was 52.7%). This indicates a trend towards less severe cutting in Senegal. Regardless, the practice of FGM/C remains highly traditional in Senegal with a traditional practitioner performing FGM/C on almost all affected women (92.8%), regardless of the type of FGM/C performed. FGM/C in Senegal is practiced at very young ages. 72.2% of women who have undergone FGM/C did so before the age of 5. In addition, 13.1% of the women underwent the procedure between the ages of 5 and 9, 6.3% between the ages of 10 and 14, and in just 1.3% of the cases, the woman was 15 years old or older at the time of the procedure. It is important to realize that the majority of women (81.1%) and men (68.4%) in Senegal believe that FGM/C is not a practice demanded by religion and both women (80.1%) and men (79.7%) believe that the practice should be abandoned.

Strong commitment to human rights framework...

The Senegalese government has stated on many occasions that it has a long-standing commitment to democracy and to a tradition of promoting, protecting and respecting human rights and fundamental freedoms. Senegal took active part in the international human rights movement and helped to codify international human rights law by participating in the drafting process of several human

rights treaties. According to the Senegalese government, there is both a sincere desire and the political will to protect their citizens against human rights violations.

Senegal has signed and ratified all human rights treaties relating to the practice of FGM/C (see table 2) and has not voiced any reservations to these human rights treaties in an attempt to limit or modify the scope of their obligations. This means that Senegal is obligated to comply with all the legal provisions set forth in these human rights treaties.

Table 2. Treaty ratification Senegal

Treaty	Year
Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)	1985
African Charter on Human and Peoples' Rights (ACHPR)	1982
Convention on the Rights of the Child (CRC)	1990
African Charter on the Rights and Welfare of the Child (ACRWC)	2001
Protocol to the ACHPR on the Rights of Women in Africa (Maputo Protocol)	2004
African Youth Charter (AYC)	2009

At first glance, the extent of Senegal's compliance seems promising. The Senegalese Constitution establishes the guarantee of rights without discrimination and includes a specific provision forbidding "all physical mutilations" (Article 7). An impressive institutional framework has been established consisting of many National Human Rights Institutions (NHRIs) that are involved in the promotion and protection of human rights. In addition, a national law adopted in 1999 (Law n° 99-05) modified the Penal Code to criminalize FGM/C. The Penal Code prohibits all forms of African Youth Charter (AYC), including the medicalization of FGM/C. The penalty is six months to five years' imprisonment. Article 299*bis* of the Penal Code reads as follows:

Those who have carried out or tried to carry out an attack on the integrity of the female genital organ by partial or total removal of one or more of its parts, by infibulation, by desensitization or by any other means will be punished with six months to five years' imprisonment. The maximum penalty will be applied if the sexual mutilations are carried out or promoted by a person in the medical or paramedical field. When the operation leads to death, the penalty will be hard work for life. The same punishment will be given to any person who gives instructions to commit these sexual mutilations or causes them by gifts, promises, enticements, threats, intimidation, abuse of authority or of power.

Besides passing a national law criminalizing FGM/C, the Senegalese government also developed National Action Plans (NAPs) and many other policies aimed at preventing and eliminating FGM/C. There are two NAPs (*Plan d'Action National pour l'Abandon de la Pratique des Mutilations Genitales Feminines* [2001] and *Plan d'Action National pour l'Acceleration de l'Abandon de l'Excision* [2010]) and two other policy documents (*Argumentaire médical sur l'excision* and *Argumentaire islamique pour l'abandon de l'excision au Sénégal*). These documents are comprehensive in nature and multidisciplinary in scope, designed to promote and protect the rights of girls and women and to support the collective abandonment of all forms of FGM/C. In addition, Civil Society Organizations (CSOs) – including the CSO Tostan which was one of the first and perhaps best-known CSOs for their grassroots efforts in FGM/C abandonment – are actively involved in awareness-raising at the community level. However, while the extent of compliance in Senegal might seem rather promising at first glance, my empirical data (collected in the field between September 2013 and February 2014) shows that we should not be too optimistic.

...but limited extent of compliance

Despite the existence of legislation criminalizing the practice, FGM/C is still practiced in Senegal with impunity. The law is not sufficiently implemented or enforced. Since the adoption of the law in 1999, only a handful of individuals have been prosecuted for FGM/C. Cutters or family members that have been prosecuted did not serve full prison sentences and were released early. Respondents (including representatives from the government, civil society and international organizations) recognized that the number of court cases is not representative of the incidence of FGM/C in Senegal. One reason is that people refuse to report FGM/C cases to the police. A representative of an international organization explained: "The law is not the problem. The law is there and the law is good. But the community does not report FGM cases to Justice." Senegal did not establish a national mechanism for the implementation of the law and the monitoring of law enforcement, nor were adequate resources made available to effectively implement legislative frameworks aimed at eliminating FGM/C.

The same applies for the implementation of NAPs and policies. Although these policies have the potential to coordinate actions concerning FGM/C in Senegal, they are not well implemented. Adequate accountability mechanisms to monitor adherence to and implementation of these legislative frameworks are not in place at either the national or local level. The National Council for Promoting the Abandonment of FGM/C (*Conseil National de Promotion de l'Abandon*

de l'Excision) was supposed to be established soon after the adoption of the NAP as the political body of guidance and decision-making at the highest level. In addition, a National Technical Coordination Committee, a Regional Committee and a Departmental Committee were to be established. However, at the time of my research, there were many problems with regard to the implementation of these structures at different levels and none of the Councils or Committees were operative. No resources were allocated for the implementation of policies and programs by the Senegalese government: the UNFPA-UNICEF Joint Programme allocated financial resources to the implementation of the NAPs instead.

Senegal is not in compliance with the obligation to provide necessary support to victims of FGM/C, nor with the obligation to protect women who are at risk of being subjected to FGM/C. Respondents explained that there are not adequate social and/or psychological support services specifically designed for girls and women who have been subjected to FGM/C or for those who are at risk. More specifically, at the time of my research, there were no helplines, specialized shelter services or safe houses for women and girls at risk of or escaping FGM/C.

Senegal is also not raising public awareness in all sectors of society regarding FGM/C through dissemination of information, formal and informal education, and outreach programs. Awareness-raising in Senegal is mainly done by CSOs and respondents were critical of the role of the government in this regard. Many respondents (including representatives of the government, international organizations, and civil society) explained that awareness of FGM/C is not integrated in curricula of (medical, legal, social work) students. There are no training programmes for health professionals (doctors, nurses, midwives, psychologists) to detect, manage and counsel women who have been subjected to FGM/C. Non-formal and informal educational activities and trainings on FGM/C are sporadically provided in relevant sectors. The government does not promote gender-sensitive, empowering educational processes. If initiatives are taken in this regard, they are taken by UN agencies or CSOs.

Lastly, the majority of respondents argued that FGM/C remains poorly documented and expressed a strong need for further research and data collection on FGM/C in Senegal. A representative of an international organization said that FGM/C is very complicated, explaining that "We need qualitative research to understand the dynamics of the practice." Respondents indicated that this kind of research is especially necessary since attitudes about FGM/C seem promising, with 80% of the population in favour of abandoning the practice.

Factors explaining (non-)compliance with the human rights framework

Given the above, Senegal is only to a limited extent in compliance with the human rights framework designed to eliminate FGM/C. This fact raises the question of why this is the case. My PhD research demonstrates that there is no clear-cut answer to the ‘compliance question’ in relation to the continued practice of FGM/C in Senegal, but it appears that a complicated mix of factors interact engendering the behaviour of Senegal. The most important factors are addressed in the paragraphs below.

Pressure of influential parties

Influential parties and/or domestic interest groups have both positive and negative impacts on compliance in Senegal. First of all, pressure and influence from *Marabouts* is an important factor in relation to the ‘compliance question’ in Senegal. The population of Senegal is predominantly Muslim (94%) and *Marabouts* have a major influence in Senegalese society. The Senegalese population (including politicians, judges and police officers) are unwilling or unable to oppose the *Marabouts*. Respondents explained that the *Marabouts* spheres of influence reach to virtually all sectors of life. One respondent explained: “They [Muslims in Senegal] don’t make their own choices, but they believe what *Marabouts* tell them. They just accept it.” Very often, the position of the *Marabouts* is of greater significance than the Senegalese government or national law. *Marabouts* also have significant influence with regard to the practice of FGM/C, since they are all in favour of the practice and defend FGM/C as part of their religion and tradition. When Law n° 99-05 criminalizing FGM/C was debated in Parliament, the supreme *Marabout* of northern Senegal, Thierno Mountaga Tall, pronounced a *fatwa* in which he cited a Prophet’s *hadith* from which he inferred that FGM/C “is a corollary to circumcision [...] and both operations are intrinsic elements of human nature.” (Ndoye, 2011, p. 134). Furthermore, *Marabouts* urged Muslim deputies to vote against the bill. *Marabouts* have ultimately influenced the outcome of many cases, not only in relation to the adoption of the law, but also in its enforcement.

Second of all, pressure and influence of civil society is an important factor in relation to the ‘compliance question’ in Senegal. Civil society in Senegal is very strong and CSOs have a powerful voice. CSOs in Senegal have put pressure on the government to ratify human rights treaties. More specifically, activists and CSOs not only brought FGM/C to the attention of the general public in Senegal in the 1990s, but they also pushed for the adoption of the national law criminalizing FGM/C. CSOs have an important role to play in relation to the compliance

question, since they actually do a lot of work in the field of FGM/C in Senegal. As a civil society representative explained, “In communities, NGOs are doing the implementation, instead of the state.”

Important political personalities

The role of political personalities also influences compliance in Senegal. President Léopold Sédar Senghor, President Abdou Diouf and Ndèye Soukèye Gueye were all mentioned as influential persons in influencing the process of compliance positively and/or negatively. Respondents mentioned President Léopold Sédar Senghor in relation to the human rights framework in general. He was committed to consolidating democracy and the rule of law, as well as the respect for the protection of human rights. Respondents described him as very “open-minded” and “encouraging” in this regard. In relation to the practice of FGM/C, specifically, respondents explained that President Abdou Diouf played an important role. He was a vocal supporter of efforts to stop FGM/C and took the lead to end FGM/C in Senegal. Respondents characterized him as an advocate for human rights. His speech in 1997, where he openly took a stand against FGM/C, was frequently mentioned during interviews as a decisive moment in Senegal. Another person mentioned during interviews was Ndèye Soukèye Gueye, who was for a long time head of the Department of the Family. Respondents argued that when she was in power, things in relation to FGM/C were moving forward and the human rights framework was being implemented. She was praised for her role during her term at the Ministry. However, this factor could also influence compliance negatively. Just after President Abdou Diouf called for a law to criminalize FGM/C in Senegal at his Council of Ministers, he backtracked, claiming that the law was intended to be symbolic in nature (Shell-Duncan et al., 2013, p. 817).

Lack of capacity and resources at the government level

There is a lack of human, financial and material resources at the Department of the Family (*Direction de la Famille*) of the Ministry of Women, Family and Children (*Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance*), which is the coordinating body of the Senegalese government responsible for activities related to FGM/C. The weak capacity of the Department of the Family and the lack of ownership, coordination and cooperation at the national level (with other ministries, but also with other actors in the field) contributes to non-compliance with the human rights framework. This lack of capacity proved to be a problem not only at the ministerial level but also at the national level, with regard to the work of the National Human Rights Institutions (NHRIs). The Senegalese authorities have estab-

lished an impressive institutional framework consisting of many NHRIs that are involved in the promotion and protection of human rights, but there is no clear division of tasks or coordination between these institutions.

Lack of deterrence

Although periodic reporting to Treaty Monitoring Bodies (TMBs) is a key legal obligation, late reporting and outright failure to submit reports to TMB have been persistent characteristics of the TMB system. Senegal is not in compliance with reporting obligations; the last three decades have shown extreme delays (for example 22 years between two reports submitted to CEDAW Committee) in the submission of periodic reports. A weakness of the monitoring mechanism is the lack of incentive to report on one's own wrongdoings. Senegal was overly optimistic in their reports to the TMBs and the Universal Periodic Review about the measures taken and the progress made in relation to the elimination of FGM/C. In quite a lot of national reports, the information provided by the Government of Senegal did not correspond with reality. TMBs have little power to force states to comply with the procedures, and concerns have been expressed about the monitoring system's effectiveness. The lack of sufficient deterrence is problematic, since the United Nations and African Union monitoring mechanisms are, to a large extent, powerless to hold Senegal accountable or to punish the state when they are not in compliance with the human rights framework.

Legitimacy and fairness

Considerations of legitimacy and fairness also play a major role in Senegal. Local customs clash with human rights norms, a phenomenon that was clearly observable with the adoption of Law n° 99-05 criminalizing FGM/C in 1999. There was widespread resistance against the enactment of the law. This resistance came in the first place from communities, who had a long-standing history of practicing FGM/C. They felt that their local culture was being threatened. Practicing communities saw FGM/C as a positive norm and, therefore, did not accept the law. They could not identify themselves with the "unfair" law. Respondents explained that as long as people support the practice, a national law criminalizing FGM/C would not stop them. UNFPA explains that at the local level, social norms usually have

more influence over people's everyday lives than do the actions of the national government. From the point of view of society, power resides at the community level. People pay much more attention to social norms – and to local leaders who support them – than to a national law. They identify with social norms much more strongly, even if they know that a law exists (UNFPA-UNICEF, n.d., p. 4).

Reputational concerns

Reputational concerns are also important in relation to the ‘compliance question.’ Senegal fears damage to its reputation, since it likes to be perceived as a country that is respectful in the promotion and protection of human rights. Respondents explained that Senegal is in general a very proud country. More specifically, they were proud to be an exception in the region with regard to the level of democracy and the absence of military coups. One of the respondents argued: “We are seen as a good model of African democracy.” Senegal wants to maintain its position and aims to be ‘ahead’ of other countries. Senegalese want to be perceived as an example for other African countries and see their government as a “leader” in West Africa.

Pressure from the international community

In general, respondents explained that Senegal feels pressure from the international community to comply with the human rights framework. Respondents argued, for example, that President Léopold Senghor “wanted to please the West so much that he would accept everything.” Some respondents pointed to economic factors that play a role in treaty ratification and compliance. They argued that Senegal complies with the human rights framework in order to secure aid to Senegal.

Conclusion

The Senegalese government is very optimistic about the progress made in relation to the elimination of FGM/C in the country. The government of Senegal claims in the national reports submitted to the Treaty Monitoring Bodies (TMBs) that there is “significant progress,” (CAT, 2012, p. 9, para. 69; CRC, 2006, p. 22) that “giant steps” (ACERWC, 2009, p. 27) have been made, and that “significant results have been achieved” (United Nations General Assembly, 2013, p. 24) in relation to the elimination of FGM/C in Senegal.

However, despite the efforts of the Senegalese government, international organizations (including the UNFPA-UNICEF Joint Programme) and CSOs – which must be acknowledged – my PhD research shows that the extent of compliance with the human rights framework in relation to FGM/C in Senegal is limited. An overwhelming majority of my respondents expressed concerns about the gap between Senegal’s propensity to join international and regional human rights treaties on the one hand, and to bring their human rights practice into compliance with those treaties on the other. The majority of respondents (mostly representatives of international organizations and civil society, but also some representa-

tives of the government) argued that they do not see the meaningful commitment from the Senegalese government to take steps to eliminate FGM/C. A representative of an international organization argued for example: “The fact that Senegal has been ratifying all these treaties and conventions doesn’t mean that the human rights situation on the ground is much better compared to the human rights situation of other similar countries in the region.” A representative of civil society said: “We ratify a lot, but the implementation is very limited, sometimes even non-existent.” My research concludes that there is a clear need to intensify, expand and improve efforts in relation to FGM/C in order to achieve greater compliance with the human rights framework. A lot of work remains to be done in order to protect girls and women in Senegal who are currently living with the consequences of FGM/C and to protect hundreds of thousands of girls and women who are at risk of being subjected to the practice in the (near) future. I hope that my research will contribute to bringing positive change to these girls and women.

References

- ACERWC (African Committee of Experts on the Rights and Welfare of the Child). (2009). *Initial, first and second report of Senegal (1998-2009)*.
- CAT (United Nations Committee Against Torture). (2012, November 13). *Summary record of the 1109th Meeting*. CAT/C/SR.1109.
- CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child). (2006, August 10). *Written replies by the Government of Senegal to the list of issues relating to the consideration of the second periodic report of Senegal*. CRC/C/SEN/Q/2/Add.1.
- Ndoye, M. (2011). *Le processus de pénalisation de l’excision au Sénégal: Enjeux et perspectives pour les droits sexuels des femmes*. Institut de Hautes Études et du Développement, Thèse de Doctorat n° 901, Geneva, Switzerland.
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2013). Legislating change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal. *Law & Society Review*, 47(4), 803-835.
- UNFPA-UNICEF (United Nations Population Fund & United Nations Children’s Fund). (n.d.). *Senegal: Human rights key to ending FGM/C. Legislation is just one aspect of an effective campaign*. Available from: http://www.unfpa.org/gender/docs/fgmc_kit/LawSenegal.pdf (last accessed 14 October 2017).
- United Nations General Assembly. (2013, July 23). *National Report of Senegal*. Human Rights Council, A/HRC/WG.6/17/SEN/1.

6.

**Excision in Guinea:
The Socio-Anthropological Determinants and
Strategies to Promote its Abandonment**

Alpha Amadou Bano Barry

University of Sonfonia

Guinea

Excision is an ancient practice that affects 100 to 140 million women in the world. Most of these women live in sub-Saharan Africa, where nine countries have prevalence rates over 80%. These include The Gambia (80%), Sudan (88%), Sierra Leone (88%), Mali (89%), Eritrea (89%), Egypt (91%), Djibouti (93%), Guinea (96%) and Somalia (98%).

For approximately thirty years, diverse efforts have been made to reduce the prevalence rate in all these countries, through a multiplicity of approaches and strategies, hundreds of national and foreign intervenients and with the support of crucial financing. Despite those efforts, the practice of excision has not diminished, particularly in Guinea where, according to available data, it is increasing. What are the socio-anthropological determinants of excision in Guinea? Who are the actors that structure and restructure the practice of excision? What strategies and actions have been developed over the past thirty years and what are the observable effects of those strategies? What changes can be observed? Finally, what should we do to invert the tendency?

This article presents some responses to these questions using data collected from two studies. One was conducted in 2015 and focused on socio-anthropological determinants of excision in Guinea, and the second was conducted in 2016 and focused on the evaluation of projects and programs promoting the abandonment of excision.

Methodology

For the two studies, questionnaires were administered and individual and group interviews were conducted. In the first study, a questionnaire was administered to 2,179 people in 9 prefectures (Forécariah, Boké, Gaoual, Kindia, Labé, Kouroussa, Kankan, Guéckédou and N'zérékoré), 2 communes of Conakry (Ratoma and Matoto), 18 subprefectures and/or urban communes and 103 neigh-

borhoods and/or villages. Sixty individual interviews were conducted and three group interviews completed the data collection of the first study.

Of the 2,179 participants in the study, 56% were men and 44% were women. Of these, 52% were “heads of household” (representing 1,229 households). Of the 1,229 households, 670 were men with the status of “head of household” and 559 were women with the status of “wives of the head of household.” This sample included 189 religious and/or community leaders, 208 health agents and/or excisors, 212 teachers, 160 members of associations and/or NGO’s and 181 young women from 6 to 15 years of age.

In the second study, the questionnaire was successfully administered to 1,980 people out of the 2,497 targeted in the original sample. The targeted respondents lived in twelve communes (seven urban and five rural) of Guinea (Ratoma, Matoto, Forécariah, Téliélé, Mamou, Labé, Pita, Kouroussa, Kankan, Guéckédou, Kissidougou and N’Zérékoré). In the interior of the communes, the people questioned represented 46 neighborhoods and/or districts and around 105 sectors and/or villages. 58% of the people questioned lived in rural areas and 42% in urban areas. Approximately sixty individual interviews were conducted and three group interviews.

The 1,980 people questioned included four doctors, 18 nurses, 68 midwives, 43 health technicians and nine who claimed to be health agents without providing qualifications. The survey group also included 39 women who identified themselves as “traditional” excisors.

Of the 1,980 surveyed, 197 were community leaders (imams, muezzins, customary chiefs, etc.). 113 of those community leaders were interviewed in rural areas and 84 in urban areas.

Results

After the data from both studies was collected and analyzed, it was possible to organize the results around the research questions. The first question, the least focused on promoting the abandonment of excision, pertains to the socio-anthropological determinants of excision.

What are the socio-anthropological determinants of excision in Guinea?

The primary reason advanced by respondents for excision is “respect of custom.” Others mentioned the importance to “do like the others.” But in reality, these are the same thing: conformance with dominant collective norms, or what Bourdieu called *habitus*.

The second reason reported for excision was that “it helps abstinence¹.” Indeed, female sexuality is restrained to ensure that women will be virgins at the time of marriage and, thereby, honor their families, in particular the mothers, who will have thus shown the capacity to control the sexuality of their daughters.

This pretense for the practice belies anxieties connected to the belief that a girl who prostitutes herself displays an intense need for sexual activity. It also conceals another reason that goes unnamed, but of which adults are conscious: the reduction of women’s sexual desire favors the functioning of polygyny.

Arguments based on religious demands are also used to justify excision. In this case, excision appears as a recommendation to ensure that the woman is pure in order to pray and prepare her husband’s food. However, the data shows that the argument of religion is a pretense to legitimate a practice.

The argument of initiation to socialization is easily mentioned but rarely strongly defended since today’s excision is mainly done at the house of the girl’s parents, commonly at young age. The rare cases where initiation has a meaning are in forest communities, when they still live in that region of Guinea.

Which actors structure and restructure the practice of excision?

The data collected suggest that excision is a process by steps, with status and familial issues, exchanges, ulterior motives and various actors. Actors have different roles and different levels of importance.

Among the actors involved, one of the main roles is played by the mother (in both studies) in kickstarting the process of excision, the choice of the type of excision and the financing of the operation. Once she determines the type of excision, excisors often interpret the request and end up carrying out a type of excision that they consider best.

But if in a relatively distant past, the position of the father figured significantly behind grandmothers and paternal aunts, this is no longer the case with the current generation where the father becomes the person who intervenes in the type of excision inflicted to his daughters. Thus, the father is not only the one who has the authority to oppose the practice but also, with his wife, the one who determines the type of excision to inflict on his daughters.

The father and the mother do not accompany their daughters to places where excision is carried out. For that task, paternal aunts and *homonymes*² take precedence over the mothers.

¹ In fact, simply not having a child at the time of marriage may be enough to meet the standard of “virginity.”

² N.T.: *Homonyme* is the French word commonly used throughout French West Africa for the person that has given the name to a child. This person plays an important role throughout the child’s life.

If the father was the main contributor to the financing of the excision of the eldest daughters, it seems that this role of the father is currently diminishing and the mother is now assuming more of the financial burden.

The mother is followed, afar from her capacity to initiate the process, by the paternal aunts, the grandmother, the excisor and finally the father. The maternal aunts are next in importance to the practice and precede the "*homonymes*" of the girl to the place of excision. The maternal aunts are especially important in the Forested Region (Kpèlès, Kassis and Tomas). Among the Susu, the grandmother also contributes when it comes to financing excision.

The power of mothers in the process of excision does not give them the capacity to oppose the practice because of fear of being criticized inside their husband's family, particularly by the sisters of the husband, and because of the future marriage of their daughters. Ultimately, however, the weight of the mothers in the process of excision seems to be related to their own ethnic belonging.

The father plays a secondary role, after the mother, in the process of deciding whether or not to excise their daughters, but he is nonetheless recognized with the capacity to oppose the practice on their daughters. This power is real. He doesn't exert this power because of fear of being criticized by his sisters (the famous paternal aunts) and/or his mother. But, perhaps a stronger concern of the fathers is the loss of status inside the masculine community, especially in rural areas. This concern of the father is reinforced by his wife who worries that her husband will not be involved in collective decisions because of his refusal to submit to the communal collective rule.

Amid the actors playing significant roles, we have to single out the religious leaders. The position of religious leaders, in particular Muslims, is ambivalent. The believers struggle to decipher the position of the imams, who sometimes "discourage," and sometimes "encourage" [the practice]. Alternatively, they may keep silent or simply act as "excision specialists," indicating the length of the cut ("ablation").

This ambivalence masks specific views that range from the Tidjania brotherhood's support for the abandonment of excision to the opposition of the Quadria (a minority Muslim brotherhood in Guinea) and the Wahhabite (an expanding Muslim group).

There are families that do not excise and do not try to hide it, but they only seldomly mobilize. Consequently, these families don't have influence over those that practice excision.

What are the strategies and actions that have been developed over the last thirty years and what are the observable effects of these strategies?

We can schematically present the approaches, with the combinations and juxtapositions of the actors in the field, in seven points:

- The sanitary approach with the training of health professionals to create actors of change;
- The approach on the axis of human rights and integral social development (public declaration of abandonment or not);
- The “religious” approach;
- The training and conversion of excisors;
- The transformation of passage rites into more recently developed alternative rites;
- The dissemination of information on health risks (i.e., Information, Education and Communication, or IEC);
- The juridical approach.

These different approaches have been expressed in nearly all localities (prefectures, communes, neighborhoods and sectors) of the country. A more recently developed approach exists based on the identification and protection of girls who have not undergone excision. This approach is being trialed in Guinea, but there still are not sufficient theoretical bases and distance to present it in this article.

When we examine the opinions of the populations with whom we worked on the strategies developed in the country, it would seem that awareness-raising is not seen as the most appropriate strategy with only 1% approval of the people participating in the study.

The use of SMS and social networks is recent and still has not affected many people. Despite that fact, and notwithstanding technical difficulties that demand knowledge in the French language, the use of SMS and social networks as a strategy could be efficient, pertinent and durable in the promotion of the abandonment of excision in certain circumstances, mainly with youth.

The same situation of weak exposure is observed with regard to round tables and *fora*. Nevertheless, the populations that participated in the study cherished the chance to voice their thoughts in such exchanges.

The development of alternative rites may be the most appropriate strategy to ensure the promotion of abandonment of excision. This high regard for initiate rites stems from the strict adherence to them on the part of the people surveyed in rural areas, especially in the Forested Region (Guéckédou, Kissidougou, N’Zérékoré).

Household visits and inter-generational dialogue are also called for by people living in rural areas. Inversely, the declarations of abandonment and the round tables are considered inappropriate. Providing support materials for education is the sole strategy that appears to be consistently popular among the people surveyed. Unfortunately, this strategy remains marginal in the field.

The conversion of excisors is also one of the oldest strategies employed in Guinea and is well known by the people surveyed, due to its strong mediatization. Nonetheless, the people surveyed (citizens, health workers and excisors) agree that after the “deposition of knives,” excisors are replaced by members of their families and especially by health agents. This involvement of health agents encourages the practice due to the reduction of sanitary risks.

The identification and protection of girls is appreciated by those living in rural areas. However, the people surveyed are conscious of the difficulty of permanently protecting the girls from being submitted to the practice because of the mockery from and rejection by close relatives and neighbors who may know about the identification. Ultimately, this strategy is difficult to implement due to certain constraints, like the truthfulness of declarations from NGOs and the ongoing surveillance of the girls. It is hard to take on a role that belongs to families, namely the responsibility of parents to protect their daughters against violence.

We can ascribe to the the penalization of excision the same analysis, but with a difference: the existence of control organs and sanctions against deviances from the juridical arsenal. However, the reality of the field suggests a reduced use of the juridical arsenal on the part of the custodians of the law.

What changes are achieved?

After thirty years promoting the abandonment of excision, we can note modifications in the behavior of populations. These changes cannot be easily attributed to one single strategy, apart from the changes concerning opinions that we can, in large measure, link to the IEC campaigns.

The analysis of the impact measured by this study permits us to state that certain opinions, intended to be encouraged by the implementation of these strategies, have established themselves. For example, the data collected indicate that seven out of ten people surveyed know that religion, particularly the Muslim religion, does not demand excision.

Reinforcing the idea that Islam does not encourage excision cannot ignore creating buy-in from Muslim leaders. They are considered by all stakeholders as actors that weigh in on the issue and encourage the practice of excision, even if they say differently in interviews.

Another established opinion is the approval, at a rate of 83%, of the different messages promoting the abandonment of excision. This strong approval fails to highlight slight differences between those living in urban and rural areas.

Even if prevalence of excision remains high, there has been some suggestion of a tendency to decrease in the 2005 to 2012 DHS and this evidence is confirmed by the present study with a prevalence of 96% in the mothers and 40% in their daughters. Sure enough, certain mothers said they awaited for the availability of their daughters (during school holidays), the proper age of the daughter and the means to undergo excision. It is also probable that the proportion of girls of the most recent generation is also less than that of their mothers.

The most significant changes are observable in the place, age, number, type, period, age of excision, and actors that intervene in the process of excision. Excision has passed from the "bush," with traditional excisors, to formal health structures. In their time only 18% of mothers interviewed were excised in a health structure (or, roughly, during the first 15 years of independence of Guinea), now that is the case for 31% of first borns, 34% of those following and 42% of youngest daughters.

One other recognizable tendency regarding the place of excision is the fact that excisions are occurring more frequently in the home of the parents or the home of the excisor in rural areas. The fact of transforming the home of the excisor into a double place, of excision and convalescence, helps perpetuate the tradition of the house of excision of ancient times, with the excisor acting as "sanitary operator" and "guardian of tradition and initiatic diffusion," as in old times.

This medicalization of excision is a gain in terms of health, but it doesn't protect completely girls who have undergone excision from sanitary complications immediately after the act. 90 interviewed families (54 in rural areas and 36 in urban areas) have indicated to have seen sanitary complications right after their daughters' excision.

The age of excision is decreasing and is now reported to take place among girls who are 7 to 10 years and in the majority of cases between 10 and 13 years of age. After 13 years of age, the intensity starts significantly decreasing, becoming rare after 16, except in the Forested Region, where excision is also part of initiations. Variations between urban areas and rural areas are weak, with the exception of excision after 16 years of age that only concerns rural areas.

It would seem that the greater mass of girls that stroll around the streets in their particular garments is invisible, because excision has become individualized in urban areas, even if it remains collective in rural areas.

Studies conducted during the colonial period like the one by Cheron (1933) indicate that excision is done "three months after harvest, between the tenth and

fifteenth day of the lunar calendar, during the cold season (January-February), in the morning, with the rising sun, on a Thursday" (Cheron, 1933: 297). Indeed, after the harvest (for abundance invites a party) and under the moonlight (to profit from natural lighting to organize the parties), certain older people added during their interviews that the period of full moon was considered to be a good time for the wounds of excision to heal easily.

The current situation shows the effects of schooling on the period of excision. In fact, no matter the prefecture or the residence area, the school holidays are the main period of excision in Guinea. That period of heavy rain affects not only girls in school but also those outside of the schooling system.

The most tangible modifications brought about by campaigns promoting the abandonment of excision can be seen in the changes in the type of excision practiced. If in the previous generation the most dominant type of excision involved "taking the flesh of the vaginal zone out" according to 70% of the mothers spoken to, this proportion has decreased to 61% among first borns, before decreasing even further to 41% among the youngest daughters.

The act of "scaring" that affected 28% of the mothers' generation has increased to 43% among their first borns and 54% in their youngest daughters. In the time of the mothers' generation, no one "scared" and very few practiced the "closure of the vagina." "Scaring" has progressed slowly among girls in rural areas going from 1% to 2% and a little more rapidly in urban areas going from 1% to 5%.

The primary type of excision has changed. The place of excision has also moved. It has been displaced from the bush to the parental house, after having passed for a period to sanitary structures that continue to be secondary places of excision in Guinea. This displacement takes excision out of the public sphere (and other people's sight) and into the family house. The sanitary structures in which excision is performed are first and foremost health centers, far exceeding the use of clinics.

Finally, the most significant impacts are in the domain of the indicators of process (number of people mobilized, informed and/or participating in awareness-raising; number of workshops; etc.). Progress is real in the trainings, theoretical tools and practice of the actors of excision (health practitioners and excisors, religious, court officers, journalists and other actors). However, those actors still haven't fully played their role in the abandonment of excision. We can, currently, affirm that the boomerang effects are important around certain actors, like health personnel, due to the medicalization of excision.

To conclude, we can say that the campaigns promoting the abandonment of excision have allowed opinions, but still not the attitudes and behaviors expected

help decrease significantly the prevalence of excision. The bulk of the work remains to be done, meaning the work constituting “the whole of the significant and durable changes in the life and environment of the people and groups having a direct or indirect causal relation with the implemented projects.”

What should we do to reverse the tendency?

The most difficult thing for a researcher is to say what one should do. For that reason, I will start by stating what one should not do. The data available clearly indicate that we should stop campaigns with messages exclusively oriented toward women – against them – as if they were the ones responsible and guilty for the situation of excision.

Furthermore, the visibility of international NGOs and international sponsors in campaigns promoting the abandonment of excision should be reduced, in order to prevent people throwing out “the baby with the bathwater.” More and more, we listen to opinion-makers claiming that the campaign against excision is a “Western” issue and that local NGOs are simple “puppets.” For that reason, promoting the abandonment of excision has to stop being “ideological” to become one in which populations take care of their issues and the State and its services are the main bearers of action (human and material resources and strategies).

This epistemological breakdown should be accompanied by better coordination among NGOs that “know everything better than everyone,” but have strategies that spend a lot of money but give few results. In a communication campaign, the message is as important as the bearer of the message. Sadly, most national NGOs and State actors demand from the population a behavior that they themselves don’t practice amidst their own family. To shift the tendency, we have to act in several directions, adapt the strategies to regional needs, local realities and community particularities. In this sense, certain actions seem dominant and original:

- Mobilizing and making visible families that don’t excise, with the objective of creating a new dynamic through the introduction of a new socio-anthropological reality;
- Segmenting actions and discourse according to the function of major actors (mothers of the girls, paternal aunts, grandmothers, homonyms, imams and, especially, fathers) with specific cultural argumentation and adapted messages. The production of these elements of cultural counter-argumentation should always be preceded by socio-anthropological analysis regularly updated.

It should be relevant to every technical and financial partner that the main instrument in the promotion of the abandonment of excision should be the government of the country, not NGOs or international institutions. It is the role of the State to organize itself like an army, integrating several specialized corps acting in combination with management and orchestrating an ensemble of troops. A strong State should have policy oriented toward the credibilization of the action of the actors in the field.

And since setting an example serves a pedagogical role, the country's higher authorities (the executive and legislative branches) should give the people proof that their discourse of promotion of the abandonment of excision is a personal and family reality in their own families.

The strategic documents proposing to reverse the tendencies in less than one generation should recall that excision is the result of a thousand-year-old social system; it is deeply rooted. A reversal of the tendency cannot happen in one, two or three generations. This is the reason why we should remain realistic and provide education as an action with long term consequences, that would allow the significant reversal of the tendencies of excision. This effective strategy should be carried out for the duration (an effort sustained over a very long period of time) with enough financing made available in a continuous fashion.

Conclusion

We are at the end of this communication. The objective of this article was to synthesize the results of two studies, conducted in 2015 and 2016. The first study focused on the socio-anthropological determinants of excision in Guinea and the second has focused on the evaluation of the projects and programs promoting the abandonment of excision.

In these two studies, we have conducted thorough documental research, in two directions. First, we researched and synthesized the abundant literature on excision, and, second, we researched the strategies promoting the abandonment of excision that have been tried out in Africa and in Guinea. In both studies, two surveys and group and individual interviews complemented the documental research.

2,179 people were interviewed in the first study, through a survey conducted in nine prefectures (Forécariah, Boké, Gaoual, Kindia, Labé, Kouroussa, Kankan, Guéckédou and N'zérékoré) and two communes (Ratoma and Matoto), inside 18 sub-prefectures and/or urban communes and 103 neighborhoods and/or villages. Some 60 individual interviews were conducted, and three group interviews completed the research procedures for the first study.

In the second study the survey was administered to 1,980 people, in seven urban and five rural communes (Ratoma, Matoto, Forécariah, Téliimélé, Mamou, Labé, Pita, Kouroussa, Kankan, Guéckédou, Kissidougou and N'Zérékoré) in 46 neighborhoods and/or districts and around 105 sectors and/or villages. Some 60 individual interviews were conducted and three group interviews.

After the collection, treatment and analysis of the data, two categories of information appeared and five major questions were asked. (What are the socio-anthropological determinants of excision in Guinea? Which actors structure and restructure the practice of excision? What are the strategies and actions that have been developed during the last 30 years and what are the observable effects of these strategies? What are the changes achieved? What should we do to reverse the tendency?)

Concerning the first question, it is clear that excision is based on the will of families to "respect customs," to "do as others do," in fact to "conform to dominant collective norms."

Excision is also recognized by communities as a strategy to "help abstinence," in order to insure the declaration of virginity upon marriage. In reality, this act is made to insure that (with sexual desire reduced) girls do not get precociously pregnant (i.e., before marriage). A marriage without a pregnancy outside of marriage honors the family, particularly the mother and shows her capacity to educate and control the sexuality of her daughter. Furthermore, popular belief associates, without any proof, the link between prostitution and the intense need for sexual intercourse.

Nonetheless, excision appears here as an instrument that facilitates polygamy, through the reduction of sexual desire in women, in order for men to be allowed to have several wives.

Those sustaining a religious argumentation insure that excision grants the "purification of the woman for her prayer and to cook for her husband." However, it is clear that the demands of Islam stem more from religious authorities than from the sacred texts itself.

Finally, initiation to socialization continue to be a vector of excision in rare cases, specific to certain regions and amidst communities that excise, sometimes, at more advanced ages.

Among the actors of excision, the mother of the young girl plays an important part in the process (choosing the date of excision and type of excision and financing the operation). Other actors (sisters of the father of the young girl, grandmothers and fathers) also act in the process of excision.

The data shows that the position of the father, who is the only actor capable of opposing excision, has started to become central to the process of excision.

Paternal aunts and mothers counterweights to the fathers. The fear of the father stems from the possibility of losing his status at the heart of the male community (to be associated in the discussions of men), especially in rural areas. The wife also exercises pressure over her husband so that he will keep his place “in the table of discussion of the men of the community.”

Other actors intervene in the process of excision, as is the example of religious actors who hold ambivalent positions and, depending circumstances and their beliefs about Islam, sometimes “encourage,” sometimes “discourage” the practice. Other times they are simply silent or, on the contrary, transform into “specialists of excision,” indicating the length of the ablation to practice.

To reverse the tendency, the Guinean State and its technical and financial partners have used a dozen strategies and important sums of money in the field. The evaluation conducted on the different strategies suggests two things. The most used strategies, we could say the easiest to implement (radio and television campaigns, cultural and sports entertainment, declarations of abandonment and reconversion of excisors, adoption of laws, etc.), certainly inform, but they do not generate behavior changes. The rarest strategies, the harder to implement (round tables, *fora*, provision of educational materials, etc.) are the most demanded by the population.

It is possible to say, with limited risk of error, that the deconstruction of the link between religion and excision is important, even if religious figures still have an effect in the legitimation of excision.

Even with a high prevalence rate, there is some suggestion that there is a tendency toward marginal decreases and modifications of the types of excision practices, with more and more cases of “pricking” and “scaring”; there has also been a tendency toward medicalization, which is, for sure, a medical gain, but it does not stop excision.

Process indicators (number of people mobilized, informed and/or part of awareness campaigns, number of workshops, etc.) and the training and theoretical tools of certain actors (health personnel and excisors, religious figures, court officers, journalists and other actors) have also progressed.

Finally, it is possible to state that the campaigns promoting the abandonment of excision have allowed opinions to set, but have not yet produced the attitudes and behaviors expected, namely, a significant decrease in the prevalence of excision.

To reverse the tendency, it is time to try something else. At least, it is unnecessary to keep on blaming mothers in the messages while leaving the fathers out, or the paternal aunts and grandmothers.

The visibility of international NGOs and international institutions, frequently carriers of international financing to the detriment of the State and its services, gives the populations the impression that the promotion of the abandonment of excision is an exogenous project, an ideological operation of “foreigners.”

In a communication campaign, the message is as important as its bearer. Unfortunately, most national NGOs and State actors ask of the populations behaviors they themselves do not practice in their own families.

Certain actions are key to reverse the current tendency:

- Mobilizing and rendering visible the families that don't excise, with the objective of creating a new dynamic through the introduction of a new socio-anthropological reality;
- Segmenting the actions and discourse according to the functions of major actors (mothers of the girls, paternal aunts, grandmothers, homonyms, imams and, especially, fathers) with specific cultural argumentation and adapted messages. The production of these elements of cultural counter-argumentation should always be preceded by socio-anthropological analysis that is kept regularly updated.

Finally, it should be relevant to every technical and financial partner that the main instrument in promoting the abandonment of excision should be the government of the country, not NGOs or international institutions. It is the role of a strong State to promote policy and insure the political project of abandonment of excision, by setting the example and dedicating itself for the duration. Because excision is the product of a thousand-year-old social system that is deeply rooted, it will only decrease slowly, very slowly, from one generation to the next.

Bibliography

- Abd el Salam, S. A. (1999). Comprehensive approach for communication about female genital mutilation in Egypt. In G. C. Denniston, F. M. Hodges, & M. F. Milos (Eds.), *Male and female circumcision. Proceedings of the Fifth International Symposium on sexual mutilations* (pp. 317-330). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Askew, I. (2005). Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital excision. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 463-477.
- Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes de Guéckédou (AFAF), Cellule de Lutte contre les MGF/VIH-SIDA et GTZ/INTACT. (2005). *L'élimination des mutilations génitales féminines en Afrique: Rapport de fin de formation sur le Grand Dialogue des Générations organisé à Guéckédou-Centre*. Conakry, Guinea.
- Barry, A. A. B. (2015). *Les déterminants socio-anthropologiques de l'excision en Guinée*. Conakry: UNICEF.
- Bodiang, C. K. (2002). *La lutte contre les mutilations génitales féminines*. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.

- Bodiang, C. K., Eppel, G., & Guèye, A. S. (2000). *L'excision dans la région de Kolda au Sénégal: Perceptions, attitudes et pratiques*. Dakar: Projet sénégal-allemand FANKANTA, GTZ.
- Boender, C., et al. (2004). *The 'so what?' report: A look at whether integrating a gender focus into programs makes a difference to outcomes*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Chege, J., Askew, I., & Liku, J. (2001). *An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of FGE in Kenya*. Washington, DC: Population Council.
- Cheron, G. (1933). La circoncision et l'excision chez les Malinké. *Journal de la Société des Africanistes*, 3(2), 297-303.
- Cissé, Y., & Diokhane, C. M. (2013). *Étude d'impact de la mise en œuvre du Dialogue de Génération dans la Préfecture de Guéckédou en Guinée 2003-2012*. GIZ (Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit).
- Cissé, Y. (2012). *Formation pour l'accompagnement des partenaires de la GIZ en Guinée*. Rapport de formation. Conakry, Guinée.
- Cissé, Youssouf. (2012). *Capitalisation de l'expérience de la GIZ en Guinée sur l'abandon des mutilations génitales féminines (MGF)*. Conakry, Guinée.
- Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA/Belgique), Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA/France) et Office fédéral des migrations (ODM/Suisse). (2012). *Rapport de mission en République de Guinée, 29 octobre-19 novembre 2011*. Brussels: Coopération Belgique-France-Suisse.
- Denniston, G. C., Hodges, F. M., & Milos, M. F. (Eds.) (1999). *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Digges, D. (1999). Circumcisors circumvent the law. The death of an eleven year old girl illustrates the complicity of the medical profession in female genital mutilation. *Cairo Times*.
- Diop, N., et al. (1998). *Étude de l'efficacité de la formation de personnel socio-sanitaire dans l'éducation des clientes sur l'excision*. Bamako: Population Council.
- Document de plaidoyer. (2009). *La volonté politique au centre de l'action pour atteindre la tolérance zéro aux MGF/E*. Conakry.
- Feldman-Jacobs, C., & Ryniak, S. (2007). *L'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision*. Washington: Population Reference Bureau.
- GIZ Guinée. *Plan d'action opérationnel PSRDF mai 2011-juin 2013*.
- GIZ. (2011). *Le dialogue des générations, un grand pas vers l'abandon des MGF*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2016). *Rapport sur les droits humains et la pratique des mutilations génitales féminines/excision en Guinée*. Conakry, Guinée.
- Hosken, F. P. (1993). *Genital and sexual mutilation of females*. 4th revised edition. Lexington, MA: Women's International Network News.
- Lanier, G. (2010). *Théorie de la convention/norme sociale*. UNICEF.
- MASPFE (Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance). (2009). *Plan d'action harmonisé de lutte pour l'élimination des MGF/E*. Conakry: MASPFE.
- MASPFE. (2012). *Plan stratégique national de l'abandon des mutilations génitales féminines 2012-2016 (Versão preliminar)*. Conakry: MASPFE.

- MASPFE. (2013). *Plan stratégique national de l'abandon des mutilations génitales féminines, 2013-2017*. Conakry: MASPFE.
- Ministère du Plan. (2005). *Enquête démographique et sociale de Guinée, EDSG III*. Conakry: Ministère du Plan.
- Ministère du Plan. (2007). *Document de stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée (DSRP2 2007-2010)*. Conakry: Ministère du Plan.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1996). *Female genital mutilation: Report of a technical working group*. Geneva: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Female genital mutilation: Policy guidelines for nurses and midwives*. Geneva: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367(9525), 1835-1841.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Éliminer les mutilations génitales féminines: Déclaration inter institutions*. Geneva: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Éliminer les mutilations génitales féminines*. Paris: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Mutilations génitales féminines*. Aide-mémoire n° 241. Geneva: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*. OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF.
- Plan International. (2006). *Tradition et droits: L'excision en Afrique de l'Ouest*. Dakar: Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest.
- Plan International. (2011). *Étude diagnostique de base sur les MGF/E dans les régions administratives de Faranah et de Nzérékoré. Rapport final*.
- Population Council. (1998). *Évaluation de la stratégie de reconversion des exciseuses pour l'éradication de MGF au Mali*. Bamako: Population Council.
- Population Reference Bureau (PRB). (2005). *Abandon des mutilations génitales féminines/ Excision: Informations en provenance du monde entier (CD-ROM)*. Washington: PRB.
- Population Reference Bureau (PRB). (2008). *Mutilation génitale féminine/excision: Données et tendances*. Washington: PRB.
- Population Services International (PSI). (2009). *Enquête TRaC de base sur la pratique l'excision [sic!] en Guinée. TRaC: Tracking Results Continuously. Round 1. Rapport final*. Conakry: PSI.
- Projet Espoir. (2011). *Etude TRaC 2 sur les pratiques des mutilations génitales féminines (MGF)/ excision en Guinée*. Pathfinder, PSI & Tostan.
- Projet Espoir. (2011). *Étude Trac2 sur les pratiques des MGF/E en Guinée. Rapport classique final*.
- Projet Espoir. (2011). *Séminaire-atelier sur l'élaboration du Plan Stratégique National d'Abandon des MGF/E 2012-2016 en Guinée. Rapport du séminaire-atelier*.
- Rosenbrock, C. (2012). *Évaluation des mutilations génitales féminines en Guinée: Évaluations des expériences et leçons; pour le compte du projet supranational "Abandon de l'excision" de la GIZ. Rapport final*. Hamburg: GIZ.

- Rosenbrock, C. (2014). *Promouvoir l'abandon des mutilations génitales féminines en Guinée*. Conakry: GIZ.
- Semde, A., et al. (2010). *Enquête trac pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) dans les régions du centre-est, de l'est, du plateau central, des hauts-bassins et du sud-ouest*. Burkina Faso: KFW & PSI.
- Tougouri, J., et al. (2008). *Enquête TRaC de base pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines*. Burkina Faso: PSI Research Division.
- UNICEF, Centre de Recherche Innocenti. (2005). *Changer une convention sociale néfaste: La pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*. Florence: Centre de Recherche Innocenti de l'UNICEF.
- UNICEF, Innocenti Digest. (2005). *Changing a harmful social convention: Female genital mutilation/excision*. Florence: UNICEF.
- UNICEF. (2013). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview of exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF.
- UNICEF. (2005). *Female genital mutilation/cutting: A statistical exploration*. New York: UNICEF.
- Yoder, P. S., & Khan, S. (2008). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Yoder, P. S., Abderrahim, N., & Zhuzhuni, A. (2004). *Female genital cutting in the demographic and health surveys: A critical and comparative analysis*. DHS Comparative Report n° 7. Calverton, Maryland: ORC Macro.

7.

Female Genital Mutilation, a Question of the Human Rights of Women in Guinea-Bissau

Fatumata Djau Baldé

**National Committee for the Abandonment of Traditional
Harmful Practices to Women's and Children's Health
Guinea-Bissau**

Each passing second a girl/young woman undergoes excision. The origin of this practice goes back several centuries. According to the WHO, an estimated 100 to 130 million women worldwide have been victims of this practice in Africa and among them some 26 million live with infibulation.

Approximately 2 to 3 million children/young girls are estimated to be at risk of undergoing excision every year. These victims are spread globally: in Africa (28 countries, including Guinea-Bissau), in the Middle East, in South Asia and, due to immigration, in some countries in Europe and North America.

Any intervention involving the partial or total removal of female external genital organs or causing injury to the female genitalia for non-medical reasons is considered a practice of female genital mutilation/cutting. As well as any type of intervention that modifies a part or all of the female genitalia for traditional and cultural reasons.

FGM/C is practiced by people and communities belonging to various cultures and traditions in different parts of the world, as well as by believers of different religions: Muslims, Christians (Catholics, Protestants and Copts) and animists. The practice is also found in atheist communities. In the specific case of Guinea-Bissau, it is practiced only by the Islamized communities.

Causes

The most plausible explanation for the phenomenon of FGM/C, especially among Muslims, is that a woman who has not undergone excision is considered to be “impure” and, under these conditions, some believe that she cannot practice the religion or marry. Nowadays, the justifications for maintaining the practice are more closely related to socio-cultural and traditional issues and it serves as a symbol of inheritance of the identity of a specific group. These reasons are closely related to the devaluation of the socio-economic status of women and to marriage as a guarantee of women’s future.

Consequences

Not all excised women suffer from the same complications. The practice varies from country to country, from community to community, and sometimes even from practitioner to practitioner (called *fanateca* in Guinea-Bissau), although the immediate consequences are practically similar in all contexts. It is likely that some diseases manifest more in excised women than in non-excised women. Women and children undergoing this practice become more vulnerable to childbirth and postpartum complications, and some problems continue for the rest of their lives, including hemorrhage and infections such as tetanus, HIV/AIDS, sterility, obstetric fistula, etc. These complications either occur immediately during the practice or afterwards and may even cause death.

Worldwide responses

The fight against FGM/C may be traced to as early as 1948 with the Universal Declaration of Human Rights, although the issue of FGM/C was only addressed by the Commission on Human Rights in 1952. Thereafter, WHO organized a global campaign against the practice and a seminar on its effects. The Women's Decade was established between 1975-1985 and during that period, WHO organized a seminar in Khartoum (1979), where the policy to combat FGM/C was clearly defined. Also in 1979, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), commonly referred to as the "Charter of Fundamental Rights of Women," was convened, urging states to change patterns of socio-cultural behavior in order to eliminate practices and customs that may call into question human life or create other problems that may derive from such practices.

The Conference on Women took place in Copenhagen (Denmark) in 1980, focusing on traditional practices harmful to women's health. In 1984 in Dakar, the UN created the Inter-African Committee on Traditional Practices affecting the Health of Women and Children (IAC), as a way of sensitizing authorities and local populations about the issue and the need to create measures to eradicate the practice. Since FGM/C primarily affects children, reference should also be made to the Convention on the Rights of the Child (CRC) adopted in November 1989 by the United Nations General Assembly, the African Charter on Children's Welfare and the African Charter of Youth; these documents clearly establish the need for Member States to commit themselves to the respect of the rights of children and to take effective and appropriate measures to abolish traditional practices harmful to children's health.

A regional seminar was held in Burkina Faso and Sri Lanka in 1991 to associate these practices with human rights violations. In 1994, the International Conference on Population and Development in Cairo advised the governments of the concerned countries to ban the practice.

The Fourth World Conference in Beijing in 1995 was the beginning of a consensus among women's associations in the North and South to ban on practice. Its platform (also of 1995) clearly calls on states to adopt and enforce legislation to eliminate all practices and acts of violence against women, including FGM.

In 1997, three United Nations agencies (WHO, UNICEF and UNFPA) jointly developed a 10-year action plan with the main objective of significantly reducing the practice of FGM/C and eliminating it over three generations; its platform recommended the creation of national committees to abandon the practice in different countries. The Millennium Development Goals (MDGs), adopted by the United Nations General Assembly in 2000, implied FGM/C in Goal 3 on gender equality, as well as in Objectives 4 and 5, which have as guiding principles the reduction of maternal and infant mortality.

In 2003, the UN Commission on Human Rights adopted Resolution n° 2003/28, proclaiming February 6 as the International Day of Zero Tolerance against FGM.

In 2008, WHO published a joint declaration that was signed by the 10 UN agencies that condemn the practice and support actions that lead to its abandonment: WHO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, UNESCO, UNDP, UNAIDS, UNECA, OHCHR and UNHCR. In this statement it is recommended that the actions and interventions to be taken must be multi-sectoral, sustained, continuous and conducted by the communities themselves. It is also important to recall the UN Secretary-General's campaign to end Violence Against Women, which began in March 2008, as well as the resolutions of the Commission on the Status of Women adopted at its 51st and 52nd sessions, the elimination of FGM/C and General Recommendation number 14 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Also in 2008, UNFPA and UNICEF signed the so-called Joint Program for the Abandonment of FGM/C, which benefits 17 African countries, including Guinea-Bissau.

On the 20th of December 2012, the Third Committee of the United Nations General Assembly unanimously adopted Resolution 67/146 and, in 2014, Resolution 69/150, with the specific objective of persuading Member States to "intensify the action to eliminate FGM/C practices."

The Council of Europe has taken steps including the Resolution on Female Genital Mutilation of the 12th of April 1999 and the Recommendation of the

Council of Ministers to the Member States on the Protection of Women against Violence, as well as the Resolution on FGM 2001/2035 (INI) of the European Parliament.

In the framework of the Cotonou Agreement, which was signed in 2000 and regulates the relations between the 27 Member States of the European Union and the 79 countries of Africa, the Caribbean and the Pacific, a compromise was introduced against FGM/C practices.

A World Summit was held in London on the 22nd of July 2014, entitled “Girls’ Summit” with the aim of “building an alliance around a global movement to end child marriages and female genital mutilation.”

The African Charter on Human and Peoples’ Rights of 1981 and its Protocol on the Rights of Women, adopted in Maputo (Mozambique) on the 11th of July 2003, are of particular importance to the African continent, for reasons connected with local traditions and customs. These are reference documents highlighting the respect for life and the physical and moral integrity of the human person, and emphasizing that all forms of cruel, inhuman or degrading treatment are prohibited.

In July 2011, at the African Union Summit in Malabo, the African Heads of State adopted an important decision calling on the United Nations General Assembly to adopt a resolution banning the practice of female genital mutilation worldwide, which was ratified by United Nations Resolution 67/146.

In December 2005 in Dakar, the African Parliamentarians adopted the Final Declaration of the African Parliamentary Conference on Violence against Women, with greater emphasis on the abandonment of female genital mutilation and the role of National Parliamentarians in this regard. Also of note was the introduction of the issue as a crime against humanity by Amnesty International.

Situation of the practice at national level

Guinea-Bissau signed and ratified most of the conventions and treaties that protect and promote human rights, with particular emphasis on CEDAW, Maputo Protocol, CDC, CABEC, African Charter on Youth, among others. However, a social norm deeply rooted in discrimination against girls and women, such as FGM/C, is linked to other harmful norms and practices perpetrated by families who, although they do not have a primary intention of violence, act in a way that is in fact violent in nature.

In Guinea-Bissau, FGM/C affects 45.5% of women between the ages of 15 and 49 and may reach 96% in areas of higher prevalence (Gabu). 30% of children under the age of 14 are submitted to the practice, varying according to the

mother's education. The practice is registered throughout the country due to the shared coexistence between different groups sharing the same territory. However, the highest values are recorded mainly in the areas inhabited by Islamized groups (i.e, the east zone), namely the Bafata and Gabu regions, which are inhabited mainly by Fula, Mandinga, Padjadinca, Djacanca and Saracule groups and the northern region, specifically the region of Oio inhabited also by Oinca and Mansonca Garandi groups (animist groups converted to Islam). In the region of Cacheu (north) the Cassanga and Balanta Mane groups (animist groups that have converted to Islam) are also practicing; and in the southern zone, namely in the regions of Quinara and Tombali, the practice is perpetrated by Beafada, Fula, Tanda, Susso and Nalu groups. The Autonomous Sector of Bissau has a great mix of ethnic groups, but the groups that practice FGM/C are increasing.

The type of practice most prevalent in the country is type II, although type III may also be found mainly among Fula groups and in areas bordering Guinea-Conakry. The age of the practice also varies according to ethnic group: among the Fula the tendency is for younger children between the ages of 3 and 5, and in the other practicing groups the age between the accomplishment of the cut and the ritual of passage to the adult stage varies. This is due to the fact that the Mandinga and the Beafada perform the practice in two phases: the first phase is that of the cut itself and the second involves the passage to adulthood, meaning the ritual of learning and education for young women (*fanadu garandi*). In this second phase, young girls who have not yet been subjected to FGM/C also participate, since they will be cut at then.

The practice of FGM/C in Guinea-Bissau is by Islamized groups, as it is considered a Koranic recommendation. Women from non-Islamized groups who marry men from Islamized groups are forced to undergo practice; therefore, there may be women from traditionally non-practicing groups who have also been subjected to practice.

Since FGM/C is a practice accompanied by other rituals and festivities, the coexistence between practitioners and non-practitioners has meant that, in the past, children from otherwise non-practicing communities end up undergoing the practice. However, Guinea Bissau has had, since 2011, a law criminalizing FGM/C. Despite the existence of this law, the practice is still carried out in secrecy. In fact, there are cases of violation of the law that have already been led to up to 3 years of imprisonment.

Today it can be said that the existence of the law is greatly influencing trends towards the abandonment of the practice among future generations. Although it is a practice performed by women themselves, 36% of women, according to the

2010 MICS report, wanted it to continue. But according to the same survey carried out in 2014, only 13% of women wanted the practice to continue. In Guinea-Bissau, unlike some West African countries, there is no medicalization of practice.

Immediately after independence, there were several attempts to raise public awareness of women's rights and practices harmful to the health of women and children. In November 1996, the National Committee against Harmful Traditional Practices for Women and Children's Health was established, as well as Regional Committees, which include NGOs and public institutions with activities related to the protection and promotion of children's and women's rights. A number of information and awareness actions focused on the reduction of FGM/C in the country. These actions were fundamentally based on a human rights approach.

Activities have been taken to train traditional and religious leaders, civil society organizations, women opinion leaders in the communities and *fanatecas* themselves, as well as public health technicians and media workers. The same information and awareness activities are also carried out in the schools of beneficiary communities of the interventions.

After the criminalization of the practice in 2011, a pilot program introducing practice-related aspects in the school curriculum began in 2012. In 2013, more than 200 imams and Koran professors issued a *fatwa* against the practice in the name of Islam; in that same year several trainings were also started for technicians and health agents about the consequences of FGM/C, which led to the introduction of issues related to the fight against the practice in family planning consultations. Physicians were trained in repairing the consequences of FGM/C, and surgery rooms were built for this purpose in the Bafata and Gabu regions, which are areas of higher prevalence.

In 2014, lectures aimed at increasing the knowledge of the young population regarding FGM/C were started in secondary and higher education schools. About 50 judges and magistrates of the Public Prosecutor's Office were trained on the consequences of FGM/C and on the law that prohibits and criminalizes the practice in the country. Despite the collaboration of judicial authorities, and in particular of the investigation police, law enforcement continues to be very passive due to the lack of courts in several areas of the country. Despite all this, the practice continues to be carried out clandestinely and with different strategies for its accomplishment: crossing borders or carrying out the practice on babies, sometimes newborns.

The joint UNFPA-UNICEF program has supported most national action to combat the practice. By 2016, Plan Guinea-Bissau, through the European Union,

financed an intervention project in the Bafata and Gabu regions. Swissaid and other civil society organizations have intervened in this area and there is a project between Portugal and Guinea-Bissau, entitled “Equality Training and Empowerment of Key Community Agents for the End of FGM/C, Child and Forced Marriages,” which promotes education, health and rights under the framework of Agenda 2030 and in the context of other development and human rights commitments. This project is being implemented on the part of Guinea-Bissau by the National Committee for the Abandonment of Harmful Practices and, on the part of Portugal, by the NGO P&D Factor. This project has a strong implication of health technicians, Islamic religious leaders, women and young leaders in communities of intervention. More and more Islamic religious leaders are interested in the subject and use it in advice they give in mosques before Friday prayers.

Problems concerning the enforcement of laws

In African countries, official state law always clashes with customary law, which is more conservative and approves FGM/C. This normative pluralism gives rise to conflicts that raise several questions: what should be criminalized – the decision making, the act itself, the complicity of those who do not feel involved or all this together? Should the “perpetrators of crime” (the *fanatecas*) be punished? What the Bissau-Guinean law punishes is the completed act, which is verified and judged. The guilt of family members and other members is more difficult to establish – how is it possible to prove their intentions to do harm?

The implementation of the law in Guinea-Bissau, even if slow, has already imposed penalties that have led to the arrest of more than 12 people. But what is the purpose of intervention with a criminal law? Is it to link a problem to the statute of offense, or persecute it on this basis? Is the criminal response the most appropriate? But adequate for what purpose? Usually the goals of laws are to reduce a problem through the threat of penalty, or the symbolic recognition of a practice as “bad” and thereby contribute to the modification of cultural attitudes and norms that cause the problem. But is criminal law alone enough for this purpose? We are aware that secular practices are not abandoned by the mere existence of legislation, but if they are well applied, they discourage the continuity of such practices.

What are the problems of criminal prosecution? In most cases, it is difficult to blame those guilty of the practice on the basis of legal instruments existent in their respective countries. The demand for evidence of a taboo subject and of such an intimate act poses real problems to the accusation of the guilty. For example, how to proceed with an allegation of violation of the right to health when medi-

cal complications cannot be clearly demonstrated, even though they are harmful? And if all the bodily offenses arising from this act should be criminalized, then should we punish the adult women who consent to submit themselves to the practice in full awareness? How to assess whether they are doing so using their freedom of choice or whether it is an act forced by multifaceted social pressures?

Given the possibility of practicing FGM/C outside Guinea-Bissau, in the sub-region, or in the country of origin (in the case of diaspora), what mechanisms will be needed to verify that the practice has not been carried out without violating respect for privacy of citizens? How can we formulate the question of financial compensation for the victims of FGM?

Lessons learned

The analysis of the situation of the practice of FGM/C in Guinea-Bissau and the implementation of the 2010-2015 action plan allowed us to draw the following lessons:

- The adoption of the law criminalizing the practice of FGM/C in the country, and the public declarations of its abandonment, are not enough to definitively discourage the practicing communities;
- Better results can be achieved by reinforcing the involvement of communities by empowering their community structures to implement the program, ensuring the ownership and perpetuation of awareness-raising and training activities;
- Community accountability, the appropriation of concepts and notions of law and their use in everyday life allowed the improvement of the socioeconomic situation of women and communities, which also greatly helped change behavior in relation to the abandonment of the practice of FGM/C;
- The introduction of literacy sessions for women with issues related to the practice, its causes and consequences has greatly contributed to the behavioral change of the practicing communities, particularly of women;
- The implementation of income-generating activities among women allowed them to achieve autonomy and, consequently, to contribute to the wider change of behaviors and attitudes towards the practice;
- The interventions carried out so far have targeted only local populations or communities, leaving aside migrant populations or certain key decision-makers, which continues to generate significant resistance where these groups of influence play an important role in preventing the abandonment of the practice;

- Progress could be greater if the installation of coordination mechanisms was not as slow and unclear. The resolution of this difficulty will be a critical element for perpetuating the gains obtained so far and ensuring the complete abandonment of FGM/C by 2030.

Recommendations

- Greater commitment from governments in this fight;
- Establishment of cross-border programs to combat FGM/C practices;
- Introduction and implementation of the theme in school curricula, especially in health schools;
- Establishment of surveillance mechanisms between Portugal and the countries of origin, in the case of girls at risk;
- Establishment of legal mechanisms for collaboration between states with regard to the application of laws.

8.

**Treating and Caring for Girls and Women
Living with FGM/C.
Sierra Leone Response**

Owolabi Bjälkander

Karolinska Institutet
Stockholm, Sweden

Female genital mutilation/cutting (FGM/C)

FGM/C definition

Female genital mutilation/cutting (FGM/C) is a procedure performed on girls and women which involves the partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons (WHO, 2008). FGM/C has been classified into four types by the World Health Organisation (WHO) and other United Nations agencies, as described in Table 1 (WHO, 2008).

Table 1 – Classification of types of FGM

Type I	Partial or total removal of the clitoris and/or the prepuce (clitoridectomy).
Type II	Partial or total removal of the clitoris and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision).
Type III	Narrowing of the vaginal orifice with creation of a covering seal by cutting and a positioning the labia minora and/or the labia majora, with or without excision of the clitoris, then sutured together with silk, catgut, or thread (infibulation).
Type IV	Unclassified: pricking, piercing or incising of the clitoris and/or labia; stretching of the clitoris and/or labia; cauterization by burning of the clitoris and surrounding tissue; scraping of tissue surrounding the vaginal orifice (angurya cuts) or cutting of the vagina (gishiri cuts); introduction of corrosive substances or herbs into the vagina to cause bleeding or for the purpose of tightening or narrowing it; and any other procedure that falls under the broad definition of FGM.

FGM/C is prevalent in 27 countries in sub-Saharan Africa and has also been found among Kurdish populations and in Colombia, India among the Dawoodi Bohras, Malaysia, and Yemen (BBC News, 2016; Bhonsle, 2016).

Globally, it is estimated that between 140 million and 200 million girls have been subjected to FGM/C (UNICEF, 2016). Around 15 million more girls in 16 African countries, more than 4 million of whom live in West Africa, are at risk of FGM/C between now and 2020 if prevalence rates remain unchanged. Estimates

are that if countries achieve their national targets by 2020, around 4 million girls would be protected from FGM/C, 750,000 of which are in West Africa (UNFPA, 2015).

The problem with the practice

FGM/C has no health benefits for women. The negative health and psychological consequences of the practice follow a dose-response association: the more extensive the cutting and the more traumatic the circumstances in which FGM/C takes place, the higher the risk of complications (Obermeyer, 2005).

The immediate physical health complications from FGM/C can be severe and life-threatening. These include infection, severe pain and bleeding (Hearst & Molnar, 2013).

Unintended labia majora fusion has been recorded among up to 15% of women in West African communities where only types I and II FGM/C are practised (Behrendt, 2005).

Research among women who have undergone types I and II FGM/C reported a death rate of 2.3% among their daughters who had also been submitted to FGM/C (Mohamud, 1991). Death from complications has been reported in as many as 15% of girls (El-Shawarby & Rymer, 2008) and death can also be caused by haemorrhage, infection, tetanus and shock (Dirie & Lindmark, 1992).

In a large prospective study of pregnant women conducted in six African countries, it was shown that women who have undergone FGM/C were more likely to have adverse obstetric outcomes (WHO Study Group, 2006). Specific complications related to childbirth include an increased risk of postpartum haemorrhage, caesarean section and poor perinatal outcome when compared with women who had not undergone FGM/C. There was also an increased risk of tearing and recourse to episiotomies for women who have undergone FGM/C when compared with women who had not. Among women who underwent FGM/C at birth, there is a higher risk of bleeding, infection and deaths of newborns (WHO Study Group, 2006).

While the psychological effects of FGM/C are more difficult to ascertain, there is emerging evidence that girls and women who have been affected by FGM/C show a significantly higher prevalence of anxiety, somatic disturbance, depression and posttraumatic stress when compared with girls and women unaffected by FGM/C (Behrendt & Moritz, 2005; Vloeberghs et al., 2012).

Increasingly in some countries, health personnel are performing FGM/C as families seek ways to avoid some of the immediate physical complications of the procedure such as infection and excessive bleeding (Njue & Askew, 2004; Serour, 2013).

FGM/C of any type has been recognized as a harmful practice and a fundamental violation of human rights, meaning the rights to the highest attainable standard of health and bodily integrity, among others. The UN human rights treaty monitoring bodies (notably the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), the Committee on the Rights of the Child (CRC), and the Human Rights Committee) address FGM/C in their concluding observations and provide recommendations on how states can fulfil their treaty obligations. The global consensus on the need to eliminate all forms of FGM/C is also reflected in Sustainable Development Goal 5, notably target 5.3, and in the UN General Assembly Resolutions 67/146 (2012) and 69/150 (2014)¹.

Sierra Leone

The Republic of Sierra Leone is on the west coast of Africa with a population of approximately 6.5 million people (Bjälkander, 2013), and covering an area of 72,000 square kilometres. There are about 14 main ethnic groups, each with its own language, the largest being the Mende in the southeast region and the Temne in the northern region.

Sierra Leone gained independence from the British Empire in 1961. Beginning in 1990, a brutal ten-year civil war has devastated the country, characterised by amputations and murder. The war was officially declared over in 2002. The country was ravaged by the recent Ebola crisis in West Africa and was declared Ebola free on the November 7, 2015 before witnessing a new flare-up with a couple of cases in January 2016 (Acland, 2016).

FGM/C prevalence in Sierra Leone

The prevalence of FGM/C in Sierra Leone is among the highest in the world and the most recent Demographic and Health Survey (SL DHS 2013) showed that 89.6% of women between the ages of 15 and 49 years in Sierra Leone had undergone FGM/C (SSL & ICF International, 2014).

How FGM/C occurs in Sierra Leone

FGM/C is part of the initiation ceremony of the Bondo Society, which is an all-women led and run institution organized by ethnicity with strong cultural and political value. The initiation ceremony used to take place in the Bondo Bush, a private enclosure several kilometres from the village, but nowadays can take place in Freetown, the capital city, in any other town, or even in the girl's or Soweï²'s home.

¹ United Nations General Assembly Resolution 67/146. *Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations*. Adopted on 20 December 2012 and renewed in December 2014 in UNGA Resolution 69/15.

² Bondo head.

Types of FGM/C in Sierra Leone

Types I and II are the main forms of FGM/C, with labia majora alterations in almost 5% of cases. Using the WHO classification of FGM/C, 31.7% had type Ib; 64.1% type IIb; and 4.2% type IIc (Bjälkander et al., 2013). Presently in Sierra Leone, reported FGM/C status can serve as a proxy measurement for FGM/C prevalence but not for FGM/C type.

Political, legal and social context in which FGM/C takes place

Resistance to FGM/C abandonment in Sierra Leone has been strong and political will to encourage its abandonment has been weak. Political and traditional leaders have perceived the issue to be a sensitive one because of strong and widespread societal opposition to change (Bangura, 2017).

Political context

Generally, FGM/C is believed to be synonymous with the Bondo Society, although FGM/C is a small part of the initiation ceremony into the Bondo Society. Because of this, any person or activity which tries to prevent FGM/C or work for its abandonment is seen to be casting a slur on the Bondo Society.

It is important to recognize the ambivalence that political and traditional leaders have towards FGM/C and why they might be at best hesitant to take any action which may be perceived as undermining the Bondo institution.

On the one hand, Chiefs and MPs are expected to safeguard and uphold all traditional institutions, ceremonies and values. Chiefs are the titular heads of the Bondo Society. The Chief benefits from the Bondo Society economically as they issue the licences to each Soweï at the start of the initiation season.

These leaders see themselves as cultural gatekeepers of these institutions, and they align themselves with what they believe to be their communities' wishes: to support the Bondo institution. They are concerned that their constituencies will not approve of them speaking against FGM/C. In fact, it is not unusual for some politicians to pay for girls to join the Bondo Society during the election season on the tacit understanding that the parents and other family members will vote for him/her during the elections. It can cost on average between 1,000,000 and 1,250,000 leones to pay for a girl to join Bondo³.

In addition, the Bondo institution has become politically adept at wielding its political power, recognizing that political and traditional leaders need their support as they (institutions) give legitimacy to their political aspirations.

³ Information obtained from community-based organisations working in Koinadugu and Western Urban Area districts.

On the other hand, politicians are also bound to international commitments calling for the abandonment of FGM/C which the Government has agreed to. Privately, many politicians do not approve of FGM/C, but when bills have been brought before the Parliament to enact a specific law to prohibit FGM/C, they have been rejected because politicians cannot “be seen to be standing against FGM.”

However, despite some reluctance to directly condemn FGM/C, some political and traditional leaders recognize that the practice is a violation of the physical and mental integrity of women and are concerned about the potential physical and psychological effects that the practice can have on girls and women in both the short and long term.

Legal context

There is no law against FGM/C in Sierra Leone. However, Section 33 (1) of the Child Rights Act, which was passed in 2007, states: “No person shall subject a child to torture or other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment including any cultural practice which dehumanizes or is injurious to the physical and mental welfare of a child” (The Child Right Act, 2007). The law does not mention female genital mutilation specifically.

The Child Rights Act does prohibit early marriage (marriage before consent can be given) and forced marriage (without consent). Also, in 2007, three ‘Gender Justice Laws’ were enacted by Parliament: The Registration of Customary Marriage and Divorce Act, the Domestic Violence Act, and the Devolution of Estates Act, all of which aimed to protect and promote the human rights of women.

In addition, the Government of Sierra Leone (GoSL) has ratified major relevant treaties: CEDAW, CRC and the African Charter on the Rights and Welfare of the Child. Sierra Leone also ratified the African Protocol on the Rights of Women (Maputo) in October 2015 (Asuagbor, 2016). GoSL, by its own admission, signed “all of the nine fundamental human rights treaties and has ratified seven of them,” and has reported on “five of the seven [human rights treaties it has] ratified, and this includes CEDAW and CRC” (Human Council Working Group, 2016).

Social context

The importance of the Bondo Society, socially and culturally, is due to its central message: to belong to Bondo is to become a woman. Being a Bondo member confers new freedoms, exclusive access, sisterhood, and a sense of belonging, status and value to the woman. A woman is still expected to be a Bondo member should she wish to aspire to a public or political role.

There is a system of rewards and punishments associated with Bondo membership, which can create a tremendous community pressure for a girl to become

a Bondo member. Some of the benefits of being a member are a sense of belonging, attention, celebration and gifts for the girl. Punishments for not joining Bondo can include violence, social ostracism, name-calling, and social shunning.

National debate – FGM/C postponement versus abandonment

Given the severe opposition that some FGM/C interventions have faced, several non-governmental organisations (NGOs) have opted to choose the abandonment of “child Bondo.” This means that they actively campaign to stop children (under the age of 18 years) from undergoing FGM/C (and becoming Bondo members).

Their reasoning is that waiting until the girl is 18 years of age gives her time to receive anti FGM/C messages, get an education, so that when she reaches the age of 18 years, she can decide for herself whether she wants to undergo FGM/C to join the Bondo Society.

This is, in effect, a postponement, a delaying of FGM/C, not abandonment. This position is flawed, unhelpful and unlikely to lead to total abandonment of the practice. Additionally, the following assumptions regarding the postponement of FGM/C may not hold true:

- Older girls are better to withstand the pain of the cutting and the punishment – kicking, slapping, or sitting on the chest of girls – that is sometimes meted out;
- Older girls are better able to care for the wound from the operation, thus reducing the likelihood of short term physical complications;
- Older girls have received schooling and education through which they are able to understand the pros and cons of the practice, necessary for giving informed consent, and can make an informed decision about whether they want to undergo FGM/C;
- Older girls would have finished with their schooling by aged 18, and joining Bondo will not interfere with their education.

The reasons given above are unlikely to lead to total abandonment of the practice: if girls and their families perceive they have managed the negative consequences of FGM/C such as health harm or interference with education, then there is no reason to stop the practice at all.

There are different understandings of who is a child. In African rural communities, children may not be defined by their linear age, and can be perceived as adults as soon as they attain puberty. Often, children themselves stop regarding themselves as children at the onset of puberty.

The assumption that girls in Sierra Leone have equal access to education and to remaining in school until they are 18 years old may also be problematic.

Preliminary results of 2013 SLDHS show that nationally, 56% of women have no education, 14% have attended primary school only, and that 30% have attended secondary school (SSL & ICF International, 2014). It is likely that the proportion of girls and women with no education is higher in rural areas where FGM/C prevalence is higher.

This initiative does not address the problem that women with FGM/C are significantly more likely than those without FGM/C to have adverse obstetric outcomes, the risks being greater the more extensive the FGM/C.

Another implicit assumption with the postponement initiative is that girls could make their own decisions about whether they want to undergo FGM/C, and that the decision NOT to undergo FGM/C will be respected. It is hard to see this assumption holding true in rural contexts where the prevalence of FGM/C is higher, girls are less likely to be educated or have finished education, their views are less likely to be respected and upheld, and they are less likely to be able to withstand the pressure of the social stigma of not submitting to the practice.

Given that the social convention of undergoing FGM/C is still in place and has not been addressed, girls may still be under great pressure to undergo FGM/C, and they may find it hard to resist if there is no system in their community to support their decision not to undergo the practice.

Finally, this initiative fails to address the fact that FGM/C is a human rights violation regardless of the age at which it occurs.

The strategy

The need for a national strategy for FGM/C

Demographics – High prevalence rate

Nine out of every 10 women between the ages of 15 and 49 have undergone FGM/C in Sierra Leone, making the nation among the countries with the highest rates of FGM/C in the world. FGM/C takes place in all districts, among all ethnic groups, among all religious groups and among all socio-economic strata, albeit with some variation.

Potential increase in health harm from FGM/C

As more girls undergo FGM/C at a younger age, girls are experiencing more immediate and short-term physical complications from FGM/C and women are living longer with the harmful physical and mental health complications from FGM/C than before. The proportion of girls who undergo FGM/C before the age of ten has increased by nearly five percent with a proportional decrease in the number who undergo FGM/C between the ages of ten and nineteen.

Commitment to fulfil human rights

GoSL has accepted the Universal Periodic Review report with recommendations calling for the complete abandonment of FGM/C, thus recognizing that FGM/C violates the rights of girls and women, denies their physical and mental integrity, their right to freedom from violence and discrimination, and in extreme cases, their lives.

New partnerships and agreements

Memoranda of Understanding (MoUs) have been developed to stop FGM/C. Some have been brokered by the Ministry of Social Welfare, Gender, and Children's Affairs (MSWGCA); some have been initiatives of Paramount Chiefs themselves; and others have resulted through the work of local NGOs with traditional excisors and other traditional and community leaders. Some traditional excisors themselves are seeing the link between cutting and harm to health, and a few are joining campaigns to stop cutting all together, with many more agreeing to postpone cutting until girls turn 18 years of age.

Plethora of efforts for FGM/C abandonment

Increasingly organizations are working for the abandonment of FGM/C using a variety of approaches and strategies. These strategies range from raising awareness about the harmful health effects of the practice, to using intergenerational dialogue to create spaces for public discussion about the practice. Some organizations are promoting the idea of Bondo without cutting; others, in their community campaigns, link FGM/C with other harmful traditional practices such as early marriage, early pregnancy and how the practice can hamper girls' education and personal development. Interestingly, since the war, more NGOs are enhancing women's knowledge and understanding of FGM/C from a human rights perspective.

However, activities to reduce FGM/C or abandon it have been fragmented, small scale, and piece meal, with little or no coordination, evidence or consensus on what are the most effective strategies for FGM/C abandonment. Many of the approaches for FGM/C abandonment in Sierra Leone have never been assessed or evaluated for the impact on reducing the practice.

Increasing evidence base

There has been an increase in research on FGM/C as practiced in Sierra Leone which has examined the decision-making process for FGM/C and instances of medicalization (Bjälkander et al., 2012a), health complications (Bjälkander et al., 2012b), and boys' views on the practice (Bjälkander, 2013). A preliminary study was conducted on patterns of FGM/C in Sierra Leone (Gruenbaum, 2008); another

study examined factors contributing to FGM/C abandonment (Horn, 2012). There has also been data analysis which has provided information on the dynamics of FGM/C (Mathers, 2012). Some articles have also explored how the practice may be eradicated in Sierra Leone (Mgbako et al., 2010), and a doctoral dissertation examined the complicated interplay of power between politicians and the Bondo Society members in the context of an international outcry against the practice of FGM/C (Bosire, 2012).

The process of strategy formulation

The FGM/C strategy has been developed through a multi-pronged and participatory approach which included a review of existing literature on the current situation of the practice.

A reference group drew members from MSWGCA, the Ministry of Health and Sanitation (MoHS), civil society organizations, the Human Rights Commission, the Family Support Unit of the Police Force, development partners, and relevant UN agencies.

During interviews, respondents talked about their understanding of the meaning and significance of FGM/C, work, roles and responsibilities within organizations or groups promoting the abandonment of FGM/C, as well as details about any specific FGM/C programme.

Focus group discussions held during district consultations consisted of any of the following: community advocacy groups, district medical officers, girls' groups, head of local council or mayor, groups of men and boys, MWSGCA gender focal point person, paramount chief, religious leader, and Soweï. Meetings with girls and women were organized so that they represented diversity in terms of age, geographical location, socio-economic status, disability, educational and marital status, and school-going and out-of-school girls.

Discussions were held about the meaning and significance of FGM/C in their communities, effects of the practice and any changes in the practice in their community. Participants were encouraged to talk about their experiences of FGM/C, and provide details of any projects in their community for the abandonment of FGM/C.

A one-day national strategy development workshop provided a platform for consultation, discussion and information sharing. Participants were members of the reference group, district representation by chiefs, district chairpersons and district officers, community-based organizations (CBOs) working for FGM/C abandonment, traditional excisors, community development leaders and advocates, religious leaders, academics, the Family Support Unit of the police force, and the Deputy Director of Gender of the MSWGCA.

Validation meetings, held in six locations, gave participants the opportunity to review the strategy, make recommendations and propose actions and partnerships for its implementation. These meetings were led jointly by MSWGCA and UNICEF at the regional and district levels.

The strategy

- Vision: A Sierra Leone free from FGM/C
- Goal: Reduce prevalence of FGM/C by 20% for girls under the age of 18 by 2020.
- Strategic Areas and Outcomes 2016-2020.

The expected outcomes of the strategy are the following:

Outcome 1	Existence of a political, legal, and religious environment enabling FGM/C abandonment
Outcome 2	Strengthened national capacity to prevent FGM/C and care for women living with FGM/C
Outcome 3	Greater public commitment of communities to sustained FGM/C abandonment
Outcome 4	Coordination, monitoring and evaluation mechanisms established, and knowledge and understanding about FGM/C increased

Outcome 1: Existence of a political, legal, and religious environment enabling FGM/C abandonment

In order to improve the political, legal, and religious environment for the abandonment of FGM/C, leaders are provided with training and supported to develop ways to de-link FGM/C from the Bondo institution. Discussions with Soweis focus on how to reframe the Bondo institution while retaining its core values of solidarity, cultural identity and loyalty. Soweis are also encouraged to conduct Bondo without cutting ceremonies. Christian and Muslim leaders are supported to issue a joint declaration that FGM/C is not a religious requirement and encourage their members to preach this fact in their congregations.

Outcome 2: Strengthened national capacities to prevent FGM/C and care for women living with FGM/C

Relevant plans, policies and referral pathways are identified by ministries, departments, and agencies into which FGM/C abandonment efforts can be incorporated. MSWGCA will develop a joint inter-ministerial document affirming the government's commitment to FGM/C abandonment. Safe houses for women and girls at risk of FGM/C are established, and FGM/C is integrated into curric-

ula for health professionals and school children. Key community stakeholders are trained to advocate for FGM/C abandonment and existing bylaws prohibiting FGM/C under 18 years of age are independently monitored. Frontline female health workers in regional hospitals are trained to recognize, treat, and care for females living with FGM/C, and details of FGM/C status and the anatomical extent of cutting are incorporated into the national health management information system.

Outcome 3: Greater public commitment of communities to sustained FGM/C abandonment

Communities and their leaders take the lead in developing strategies for speaking publicly about FGM/C – from a health harm and human rights perspective supported by local CBOs and NGOs. Through dialogue, leaders are encouraged to see FGM/C as a social convention and those communities ready to de-link FGM/C from the Bondo institution are equipped to do so. Community leaders are supported to publicly pledge FGM/C abandonment, and these commitments are sustained by measures to prevent FGM/C. Activities at the community level will also include establishing and supporting youth led organizations to promote FGM/C abandonment.

Outcome 4: Coordination, monitoring and evaluation mechanisms established, and knowledge and understanding about FGM/C increased

A functional national steering committee for FGM/C is established under the responsibility of MSWGCA, as well as policy and technical guidance subcommittees. Focal points and coordination committees are established at the ministerial, district and chiefdom levels. Regular monitoring and evaluation activities of the strategy are conducted and applied, and evidence is generated through research for effective action towards FGM/C abandonment.

Outcome 2 - Strengthening national capacities to prevent FGM/C and care for females living with FGM/C

Specific activities to achieve this outcome are:

- Relevant plans, policies and referral pathways are identified by ministries, departments, and agencies into which FGM/C can be incorporated to support abandonment efforts;
- MSWGCA will develop a joint inter-ministerial document affirming the government's commitment to FGM/C abandonment;
- Safe houses for women at risk of FGM/C are established;
- FGM/C is integrated into curricula for health professionals and school children;

- Key community stakeholders are trained to advocate for FGM/C abandonment;
- Existing bylaws prohibiting FGM/C under 18 years of age are independently monitored;
- Frontline women health workers are trained to recognize, treat, and care for women living with FGM/C;
- Details of FGM/C status and the anatomical extent of cutting are incorporated into the national health management information system.

Frontline female health care workers trained to recognize, treat, and care for females living with FGM/C

Health workers often are not aware of FGM/C-related health problems and are not taught how to handle FGM/C complications related to reproductive health, pregnancy and delivery, as well as a woman's sexual life. In Sierra Leone, where FGM/C is the norm, health workers may not have seen uncut adult female genitalia and may lack understanding of how the practice unnecessarily removes healthy tissue.

Develop a module for teaching FGM/C to frontline health care workers how to address complications from FGM/C and prevent its medicalization

Activities for developing a module on FGM/C are planned in the following stages:

Stage I: Design and conduct research with health professionals (those in training and those on the job) to determine the existing knowledge about FGM/C and the extent of medicalization. This study will explore health professionals' personal and professional views and experiences regarding the practice, measure their knowledge of the practice, the extent of medicalization and their knowledge of complications from FGM/C. Any existing tools, training material, policies, and curricula that aim at preventing/ending FGM/C medicalization will also be collected.

The results from this study will guide the development of the teaching material, ensuring it is both context specific and culturally appropriate. It may also give an indication of which type of health professional girls and women with complications from FGM/C approach for treatment, thereby signifying which type of health provider should get priority FGM/C training. The results will also provide baseline and follow-up data for designing and evaluating the curriculum.

Stage II: The results of Stage I will be analysed and used to develop a training curriculum on FGM/C which will be offered from the Department of Community Health.

Stage III: The curriculum and training materials will be developed and delivered and, afterwards, evaluated to assess the impact that training health professionals has on preventing FGM/C being performed by health professionals.

References

- Acland, O. (2016, March 21). Ebola ended FGM in Sierra Leone, but now it's back. *Vice News*. Available from: <https://news.vice.com/article/ebola-ended-fgm-in-sierra-leone-but-now-its-back> (accessed 22 September 2017).
- Asuagbor, L. (2016). *Status of implementation of the Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Available from: <http://www.peaceau.org/uploads/special-rapporteur-on-rights-of-women-in-africa-presentation-for-csw-implementation.pdf> (accessed 22 September 2017).
- Bangura, J. (2017). Eradicating FGM could be recipe for social instability. *CONCORDTIMES*. Available from: <http://slconcordtimes.com/eradicating-fgm-could-be-recipe-for-social-instability> (accessed 22 September 2017).
- BBC News. (2016, October 12). *Cut with a blade: Colombia indigenous groups discuss FGM*. Available from: <http://www.bbc.com/news/world-latin-america-37374006> (accessed 22 September 2017).
- 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(5), 1000-1002.
- Bhonsle, A. (2016, April 25). *Culture and rights: The struggle from within to end FGM*. Available from: <http://www.stopfgmmideast.org/culture-and-rights-the-struggle-from-within-to-end-female-genital-cutting/> (accessed 22 September 2017).
- Bjälkander, O. (2013). *Female genital mutilation in Sierra Leone*. Available from: <https://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/41373>
- Bjälkander, O., Grant, D. S., Berggren, V., Bathija, H., & Almroth, L. (2013). Female genital mutilation in Sierra Leone: Forms, reliability of reported status, and accuracy of related demographic and health survey questions. *Obstetrics and Gynecology International*, Vol. 2013, Article ID 680926.
- Bjälkander, O., Leigh, B., Harman, G., Bergström, S., & Almroth, L. (2012a). Female genital mutilation in Sierra Leone: Who are the decision makers? *African Journal of Reproductive Health*, 16(4), 109-131.
- Bjälkander, O., Bangura, L., Leigh, B., Berggren, V., Bergström, S., & Almroth, L. (2012b). Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. *International Journal of Women's Health*, 4, pp. 321-331.
- Bosire, O. T. (2012). *The Bondo secret society: Female circumcision and the Sierra Leonean state*. Available from: <http://theses.gla.ac.uk/3506/> (accessed 22 September 2017).

- Dirie, M. A., & Lindmark, G. (1992). The risk of medical complications after female circumcision. *East African Medical Journal*, 69, pp. 479-482.
- El-Shawarby, S. A., & Rymer, J. (2008). Female genital cutting. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 18(9), 253-255. doi:10. 1016/j.ogrm.2008.07.00
- Gruenbaum, E. (2008). *Patterns of female genital mutilation/cutting in Sierra Leone: A preliminary study*. UNICEF Sierra Leone.
- Hearst, A. A., & Molnar, A. M. (2013). Female genital cutting: An evidence-based approach to clinical management for the primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(6), 618-629.
- Horn, R. (2012). *Factors contributing to the abandonment of female genital cutting in Sierra Leone*. UNICEF Sierra Leone.
- Human Rights Council Working Group on the Universal Periodic Review. (2016). Twenty-fourth session, 18-29 January. *National report submitted in accordance with paragraph 5 of the annex to Human Rights Council resolution 16/21, Sierra Leone*. Under Section C, Treaty Obligations. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/263/10/PDF/G1526310.pdf?OpenElement> (accessed 22 September 2017).
- Mathers, N. (2012). *The dynamics of female genital cutting in Sierra Leone and the determinants of abandonment*. UNICEF Sierra Leone.
- Mgbako, C., Saxena, M., Cave, A., & Farad, N. (2010). *Penetrating the silence in Sierra Leone: A blueprint for the eradication of female genital mutilation*. Available from: http://ir.lawnet.fordham.edu/faculty_scholarship/398 (accessed 22 September 2017).
- Mohamud, O. A. (1991). Female circumcision and child mortality in urban Somalia. *Genus*, 47, pp. 203-223.
- Njue, C., & Askew, I. (2004). *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*. *Frontiers in Reproductive Health Program*. Nairobi: Population Council.
- Obermeyer, C. M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update of the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7, pp. 443-461.
- Serour, G I. (2013). Medicalization of female genital mutilation/cutting. *African Journal of Urology*, 19, pp. 145-149.
- SSL (Statistics Sierra Leone) & ICF International. (2014). *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2013*. Freetown, Sierra Leone & Rockville, Maryland, USA: SSL & ICF International.
- The Child Right Act. (2007). Available from: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2007-7p.pdf> (accessed 22 September 2017).
- The Devolution of Estates Act. (2007). Available from: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2007-21p.pdf> (accessed 22 September 2017).
- The Domestic Violence Act. (2007). Available from: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2007-20p.pdf> (accessed 22 September 2017).
- The Registration of Customary Marriage and Divorce Act. (2007). Available from: <http://www.sierra-leone.org/Laws/2009-01.pdf> (accessed 22 September 2017).
- UNFPA (United Nations Population Fund). (2015). *Demographic perspectives on female genital mutilation*. Available from: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19961027123_UN_Demograhics_v3%20\(1\).pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19961027123_UN_Demograhics_v3%20(1).pdf) (accessed 22 September 2017).

- UNICEF (United Nations Children's Fund). (2016). *UNICEF's data work on FGM*. Available from: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf (accessed 22 September 2017).
- Vloeberghs, E., Kwaak, A., Knipscheer, J., & Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health, 17*(6), 677-695.
- WHO (World Health Organization). (2008). *Eliminating female genital mutilation: An inter-agency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Geneva: WHO Press.
- 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*(9525), 1835-1841.

Part II
Institutional Responses
in Portugal and Europe

9.

Promoting Behavior Change Towards the Eradication of Female Genital Mutilation

Filomena Djassi

Aga Khan Foundation

Immigration should be a factor of development and social change: either in the host country, bringing cultural diversity, expressing cultural heritage and requiring integration, or in the country of origin through possible influence.

Culture, being diverse and inherited, always has tangible and intangible dimensions that are important for the success of immigrant integration. In this sense, and based on Arjun Appadurai's (2004) reflection, the integration process cannot be understood while looking at these dimensions in isolation because the individual is associated with a system that encompasses the physical body, work, citizenship, territory, and identity; these variables are in constant interaction and systematically challenge social, cultural and economic logic (Stoer & Magalhães, 2004).

The integration process is not successful if cultural movements and expression are disconnected from economic and social integration. This requires recognizing the immateriality of culture and realizing how it can be materialized in the integration process. For this to happen, immigrants themselves must take the lead because culture can only be changed and rebuilt from within.

This reflection becomes urgent when we speak of cultural practices that are harmful to the well-being of people. That is the case with Female Genital Mutilation (FGM), an intervention involving the partial or total removal of female external genitalia or causing injury to the female genitalia for non-medical reasons (WHO, UNICEF & UNFPA, 1997). The factors that reinforce or maintain the practice are related to cultural identity, religion, control of sexuality, hygiene, aesthetics, family honor and control of female sexuality. This practice has physical consequences (urinary pains, hemorrhage and infections, uro-gynecological changes, among others), psychological consequences (anxiety, terror, depression, memory loss, etc.) and weakens the social status of women (who must be

subjected to it in order to be accepted within the community). It is considered a harmful practice that fails to honor human rights, particularly women's rights, as well as sociocultural, economic and religious questions, the myth of virginity and family honor.

This paper is built upon the CHANGE PLUS project, which runs from January 2016 to December 2017. The project aims to raise awareness of the problem of FGM, change attitudes and promote behavioral changes linked to FGM in African communities within the EU. The outcomes of this project are related to the transfer of skills, the evaluation of the state of FGM in Portugal and the equipping of participants with knowledge for working in partnership and community involvement. The training was aimed at 15 community leaders and organizers, who were trained in the classroom with the aim of developing community actions.

The first part of the project functioned like a laboratory where questions were thrown to the community by different experts, and it was up to the group to discuss them and differentiate them as cultural, religious and harmful practices. In this activity the participants were allowed to discuss the issues related to these harmful practices in their native language, with Portuguese as the connecting language, which allowed for a more intimate activity stimulated from the outside. The second phase was related to the applicability of the notions learned in a practical context, for which people were mobilized and activities were organized.

In this process there were three dynamics that seem relevant to me in promoting behavior change for the eradication of female genital mutilation: mobilization, training and visibility of the leaders' spaces of action.

Mobilization

Mobilizing people to engage with the problem and find appropriate solutions is understood as a measure to combat FGM. This approach allows (1) advocating the cause; (2) exploring alternative rituals of passage to adulthood that maintain the ritual meaning associated with FGM, symbolizing the passage from childhood to adulthood, but excluding the mutilation (*fanado alternativo* in Portuguese); (3) discouraging the practice through mediatization and talking with communities, political leaders, religious leaders and other informal power holders in the community, based on information about the risks and complications resulting from FGM for the physical and psychological health of women in the short and long term; (4) empowering women within the communities by promoting their access to education, health services and the improvement of their living conditions; (5) creating appropriate policies and legislation.

The people involved determine the success or failure of projects. They are key to implementation. It is at this stage that appropriate participants are identified.

We began by ensuring that the action was intended for the community itself, that there was a defined geographical space (in this case the Lisbon Area) and that communities identified geographically as involved in the project were able to participate in this action in order to understand their challenges and needs regarding the development and improvement of their quality of life.

To create a movement capable of advocating for the end of female genital mutilation, motivation for learning and dialogue between peers was a necessary condition. The people who joined the group were identified as having (1) the capacity to reconstruct ideas and ways of being and to promote dialogue within their communities; (2) the belief in the assumption that FGM is a cultural practice that must be changed.

The ability to construct ideas and ways of being expresses principles that guide humans in acquiring forms of personal and collective recognition in relation to their peers. This is a value attributed to their actions in relation to others. With this assumption people are not understood as instruments (Kant, 1983) but as ends in themselves. The idea of justice gains symbolic value and seeks to materialize in the opportunities we give to others in terms of time and the possibility of self-discovery and construction.

Each of us has different rhythms depending on our education, resources and choices. Our rhythms are subjective in that each one experiences things differently and creates expectations of others according to our own rhythm. People's willingness to be associated with a particular cause must coincide with individual and collective interests, meaning that it is important for people who are on an individual journey of self-discovery and awareness to have the opportunity to reinforce their knowledge in a group. There must be public availability of knowledge and resources necessary for the generation of ideas and opportunities; at the same time, it is important that society collectively recognizes important social changes and guarantees the ownership of fundamental human rights. Society must help create and implement opportunities for individuals to become aware and engaged in causes that improve quality of life.

The proposed reflexive training was understood as an individual process that allows a collective construction of creation of opportunities, anchored in a particular time and context. It created conditions for communities to identify members positioned to step forward in the debate and build new ideas, keeping

in mind the need to involve people of different generations, professional occupations, ways of being and to ensure gender parity.

Recognizing that FGM is a contextualized cultural practice that must be changed leads to an understanding that major social problems can be located in specific contexts and locations but have broad impact and dimensions. It carries the assumption that certain phenomena have repercussions in a variety of contexts, for example the cycle of poverty, exclusion and FGM. The last phenomenon, although it can be identified in certain contexts, has spread to societies from which it did not originate.

This situation raises awareness of the interdependence of peoples by referring us to the value of pluralism. Pluralism consists in the recognition of culture-based phenomena, understanding them and appropriating them as our own. That is, the element or elements of a particular group appropriate(s) a cultural practice from another group by recognizing and having faith (in the religious sense and in the sense of hope) that this practice will help to create conditions for their community to evolve and live in harmony. Sometimes these practices do not advance communities, but they remain as part of a ritualized process.

I understand that in the concept of pluralism there is a comprehensive articulation of the values that can be acquired from other cultures and which should provide individual and collective guidance. I argue that this acquisition must be anchored in the responsibility of helping to improve the quality of the societies where these individuals are located. That is, it should always bring a positive change to the understanding of peoples and to the evolution of society. If, on the one hand, there is this matrix of pluralism, on the other hand, there must be instruments that allow for the abolition of practices that fail to comply with human rights. Such a realization may be effected through laws and deconstruction of the history associated with harmful cultural practices. The act of deconstructing this process is an opportunity for construction, but this procedure is internal to the community itself. It may be influenced by outsiders, but it is the community itself that deconstructs it by giving it a new form.

It thus becomes a complex phenomenon because each of these phenomena has different rhythms, but they need to occur from the inside out. This exercise may be more difficult in communities of immigrants, whose urgency for the immediate construction of their lives relegates the discussion of cultural practices to the background rather than seeking the meaning of their applicability in the countries to which they have migrated.

Training

The promotion of values in all cultures occurs in educational contexts. It can take varied forms, ranging from peer-to-peer to groups to caregivers and learners.

The training in the CHANGE PLUS project consisted of formal and non-formal methods in 13 modules delivered over 7 days. The trainees are 18 years old, live in the Lisbon area and belong to affected communities; they have the ability to communicate, they can be trusted, are aware of the issue of FGM and wish to change their community. The trainees are obliged to promote 3 behavior change activities, to participate in 10 monthly meetings and in public events and to report their actions.

The training is carried out among peers despite the fact that the trainers have pedagogical skills to raise awareness and transmit content. The concern was to promote knowledge and discussion that raise the foundations of coexistence in society. This training used symbolic elements of culture, such as myths, traditions, language, science and religion, as instruments to deconstruct issues related to FGM. The impact of the practice of FGM on health was presented, with a reflection on how the religious orientations were interpreted by men, and there was deliberation about the myths and harmful practices of diverse cultures. This discussion took place among men and women who share the same culture but who have different ages, professional experiences and life paths.

In this training space there was the possibility of using both languages, Creole and Portuguese. This was important because language is a key to communication, it informs and clarifies, it allows approach. Consequently, different generational linguistic usages found common ground in Creole, where the discussions were more fervent and the fighting of ideas more ferocious. This was a protected space for each to formulate different interpretations and question the culture that legitimates the practice of FGM.

This process of reflection led to the questioning of dominant groups and their practices. But it is not a simple process, and it is more complicated for migrants because, for reasons of physical, cultural and emotional survival, migrants maintain ties with people in the countries and contexts of their origin, contexts that maintain traditions and ways of life that need change.

The training context, being a safe space for the development of training and skills, allows individuals to build their values, restructure their feelings and update their tools of participation. Thus, individuals who go through this process become capable of positioning themselves while taking on and exercising their social activism.

It is also important to consider that this process has costs for those involved. One challenge is the risk of no longer being part of the mainstream and, hence, rejected or discredited by members of the culture of origin. As a preventive factor, it is important that these individuals have civic awareness and elements associated with good social and economic integration, so that they do not risk the destabilization of their daily lives due to lack of family support or reduction of social and cultural involvement, among others, thus hindering their integration into the host society.

Visibility of the leaders' spaces of action

The role of leaders in the construction and development of societies is decisive. We have the experience that charismatic leaders, over time, have brought great benefits to mankind.

However, the existence of such leadership hinges on individuals ability to claim citizenship and freedom. This exercise involves dynamics related to the mobilization and mastery of knowledge, appropriation of power, growth of relational networks and capacity for communication. This process gives an opportunity to the participatory element to have access, individually or collectively, to a platform from which to build and influence a vision of society.

Thus, it is key to create reflective spaces and mobilize individuals to participate in processes of building more plural societies, where they can distinguish cultural challenges, seek tools, and apply their own experiences to solving social, cultural and natural problems.

In this sense, Stoer and Magalhães (2004) codified five places of inclusion/exclusion, relating them to the physical body, work, citizenship, territory and identity. Hence, it is mandatory to create dialogue and make clear that these elements are, in themselves, instruments of participation that allow people of different backgrounds and physical makeup to gain visibility and make their actions perceptible in different spaces. This is one of the ways in which the message can be reconstructed and also promote citizenship and plural processes.

Finally, where is the African in this descriptive document that expresses what the CHANGE PLUS project was for the participants? The African says: "I have to go find my luck." This translates the idea that it is not the opportunities that come to us, but us who have to go find the opportunities. This challenges the communities affected by FGM to create a new culture, of individual and collective construction, with several engines of change, so that future children will have the "opportunity to look for their luck."

Thus, the challenge is also that of the host countries if they want to create for immigrants the chance to live in contexts where differences are accepted and, in that acceptance, those same opportunities and luck are possible.

References

- Appadurai, A. (2004). The capacity to aspire: Culture and the terms of recognition. In V. Rao, & M. Walton (Eds.), *Culture and public action* (pp. 59-84). Palo Alto, California: Stanford University Press.
- Kant, I. (1983). *Crítica da razão pura*. (V. Rohden & U. B. Moosburger, Transl.). São Paulo: Abril Cultural.
- Stoer, S. R., & Magalhães, A. M. (2004). Education, knowledge and the network society. *Globalisation, Societies and Education*, 2(3), 319-335.
- WHO, UNICEF & UNFPA (1997). *Les mutilations sexuelles féminines: Déclaration commune WHO/UNICEF/UNFPA*. Geneva: World Health Organization.

10.

Voices and Leaderships for Ending FGM

Carla Martingo

P&D Factor

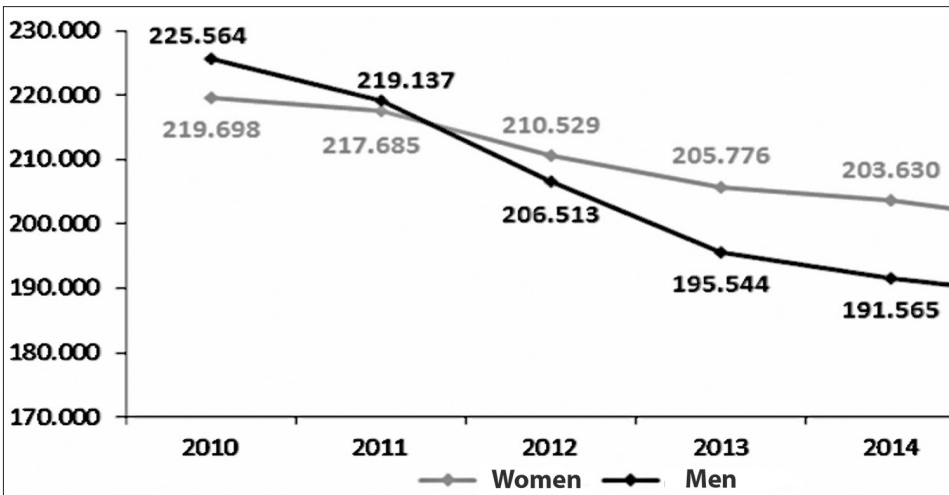
Migrations have always been a part of the history of Portugal and our country has benefited from migrants’ important contributions at various levels (in demography, public accounts, ethnic and cultural diversity, among others).

Foreign residents living in Portugal represent around 3.9% of the total population, representing more than 170 nationalities.

This vast and rich diversity poses important and appealing challenges with regard to the migrants’ reception and integration.

In line with trends from other countries and regions, there has been a feminization of the immigration to Portugal. In 2016, migrant women represented 52% of the total foreign population living in Portugal.

Foreign population living in Portugal, by sex, between 2010 and 2015



Source: Migration Observatory, ACM

Although it was known that there were women living in Portugal with FGM due to migration flows from practicing countries, only since the CESNOVA study in 2015 have we had information about its prevalence: 5,246 women of childbear-

ing age that have been submitted to FGM, as have an estimated 1,330 women over the age of 50.

In addition to CESNOVA data, the European Institute for Gender Equality (EIGE) has also developed a study focused on the estimated number of girls and young women at risk of being submitted to the practice.

According to EIGE, in 2011 there were 5,835 girls and young women living in Portugal from countries where FGM is practiced (either born in those countries or in Portugal); among these girls and young women, 1,365 were deemed to be at a high-risk of being submitted to FGM (23%) and 269 were deemed to be low-risk (5%).

The CESNOVA data show us that the greatest concentration of women with FGM is in the Lisbon district (around 70%) and, within this group, around 90% live in the municipalities of Sintra, Loures, Odivelas, Amadora, Lisboa and Cascais.

Districts	Resident Women			MGF Prevalence		
	15-49 years old	50+ years old	Total	15-49 years old	50+ years old	Total
Lisboa	7494	1829	9323	3704	895	4599
Setúbal	1488	374	1862	737	182	920
Faro	484	80	564	243	39	282
Porto	315	105	420	147	50	198
Aveiro	202	66	268	101	33	134
Coimbra	123	49	172	61	24	85
Braga	126	32	158	58	16	75
Leiria	80	38	118	41	18	59
Santarém	73	45	118	36	21	57
Madeira	36	5	41	18	2	20
Viseu	33	20	53	16	10	26
Açores	28	4	32	14	2	15
Castelo Branco	23	15	38	11	7	19
Beja	19	9	28	11	4	15
Évora	19	8	27	9	4	13
Bragança	18	16	34	9	9	18
Viana do Castelo	15	9	24	8	5	13
Vila Real	15	6	21	8	3	11
Guarda	15	1	16	7	1	8
Portalegre	11	7	18	5	3	9
Total	10617	2718	13335	5246	1330	6576

Given these data it became clear that a regional intervention in areas of higher prevalence was needed. To work towards ending FGM, partnerships and synergies were built up and agents for change were identified.

Two examples of this kind of intervention are the following projects:

- “*A(s) Voz(es) contra a MGF*” (“The Voice(s) against FGM”), a candidate for the “Against FGM Change the Future Now” (2014) award, promoted by AJPAS (Association for Community Intervention, Social Development and Health), in partnership with P&D Factor (Association for Cooperation on Population and Development), in collaboration with *Associação dos Filhos e Amigos de Farim* (Association of Farim’s Sons and Friends) and the support of the municipality of Amadora;
- “*Senhoras de Si*” (“Ladies of Their Own”), promoted by P&D Factor and resulting from a protocol between the municipality of Cascais and SeaAgency and in collaboration with local partners from Health and Social Services.

Through the “*A(s) Voz(es) contra a MGF*” project and from the knowledge of both the project’s promoters and the local partnerships and networks, it was possible to identify people (both male and female) that could act as future leaders to discourage/eliminate FGM.

In the “*Senhoras de Si*” project, in conjunction with partner entities, women were specifically selected to be empowered.

Now I would like to present some thoughts about these leaders and their voices, their roles and the challenges that they face.

i. Regarding female leaders and voices, it is critical to highlight the strength and determination of migrant women, who are often the only providers for their families and who work mostly in the informal sector, where their rights are largely unprotected. The focus was, as we believe it should always be, on their empowerment. The training focused on several issues, starting with awareness-raising about their rights and what those rights imply about their own lives.

For example, the sessions with the “*Senhoras de Si*” took place on Saturdays over a 4 month period (March 5 to June 9, 2016) and the women participants themselves were responsible for setting the agenda based on their own needs and expectations: conceptions, social roles and rights of women, men, children and families; women’s health; domestic violence; family budget management; public speaking; culture and religion; traditional practices (including FGM and child marriage); among others. A cosmetology session also took place, followed by a photo shoot. In one other session a lawyer explained to the participants some aspects of the labor laws that were of interest to them.

This integrated approach led the women to feel that the time spent in training was useful, as they got advice and answers about their concerns and on how to solve them. This is an underlying concern of P&D Factor, which wants to see all its interventions as win-win situations, with positive results for the entities and technicians in the field, as they achieve their objective, as well as for the people for whom the projects are created.

ii. P&D Factor wanted to show that the time that the women spent in the sessions had value. Therefore, and despite being merely symbolic due to budget restraints, we considered it important to give scholarships to the women – which they did not expect at all. We also gave them little gifts in each session: mirrors, foundation and brushes in the make-up session; calculators in the family budget management session.

Although financial motivations cannot be the reason to end FGM or any other harmful practice, it is important to appreciate people's time. More than just participants or target group of projects, migrant women must be the protagonists of the processes in which they are targeted/involved.

iii. Discussion of migrant women usually implies great diversity – either in terms of age, motivations to leave their country of origin (family reunification, work migration, etc.), problems within the country of origin itself, etc. This diversity must be taken in account in each intervention because it implies equally diverse realities, expectations and life paths.

iv. Inequality is also present among women themselves: older women usually do not allow younger women to speak and do not acknowledge their legitimacy to do so, especially when it comes to subjects linked to traditions (e.g., FGM and child marriage).

v. It is necessary to have a better knowledge about violence among migrant communities: violence is viewed as something “normal” (intra-family violence, intergenerational violence, domestic violence, violence while dating, etc.). FGM, as a form of gender violence, ends up being viewed as simply one more form of violence, “normalized” by the gender inequality that remains so strong in these communities.

vi. Low levels of education and poor understanding of the Portuguese language (spoken and written) can make field interventions more difficult.

Low literacy, on the one hand, and/or non-recognition of qualifications, on the other hand, have led to a loss of huge human potential because they force people into undifferentiated, precarious, unprotected, and, generally, poorly paid work, which does not allow them to have economic independence nor to manage their own lives.

Even if one was born in and migrated from a country where Portuguese is an official language (or that had been a Portuguese colony in the past) it does not imply per se that one has mastered the Portuguese language, and that fact represents a barrier also for these communities.

vii. It is necessary to develop girls' and women's autonomy so that they can solve their problems without the constant appeal to technicians/mediators. This is not to say that proximity services are not need – they are. But, at a certain point, they should not be the only means to solve problems.

The ideal solution in an empowerment process through which people can manage their own lives and have access to resources without relying on intermediaries.

viii. We should insist on and invest in programs that take these people out of their homes and the neighborhoods where they live so that they can recognize new dynamics and realities in a changing world. By doing this, we help fight crystallized memories of the home country that was left many years ago, and which has since evolved, even if it remains the same as on the day of departure in the minds of migrants.

ix. Empowerment may involve more active participation of women in community life or the public sphere. In order for this to be possible, the involvement of men is fundamental because women's participation often depends on the permission of men.

x. Talking about the empowerment of women leaders implies that empowerment is meant to exceed the boundaries of their communities; it also means that they are recognized as the spokespeople of professionals from diverse fields: health, education, social work, security, etc.

This implies training that goes beyond merely knowing what FGM is (its causes, types, consequences). For instance, concerning the health implications of FGM, it is important to know how to access health services, who the spokespeople are at every level of society, and other specific health information. It is key that these women know what rights to fight for and how they work.

xi. One last note on the importance of various types of leadership: religious, community and political.

At the political level, fortunately, Portugal is a country where FGM has been on the political agenda both at a local and central level. For example, apart from the important role that political decision-makers have had in the last years, I can point to an event called "Let's be the generation that eliminates FGM once and for all," which took place at the High Level Forum on Female Genital Mutilation. The event was co-organized by the Portuguese government and sponsored by

the State Secretary for Citizenship and Equality and UNFPA, among other agencies.

At a local level, support for projects and interventions in this area has come from the municipalities of Amadora, Sintra and Cascais.

And last but not least, we cannot forget nor let be forgotten the challenges posed by, and also the results regarding, gender equality, which were asked of Portugal and all affected countries by the Sustainable Development Goals (SDG). This challenge refers to all 17 SDG, in general, and, specifically, to SDG number 5 in which FGM is one of the areas of intervention.

11.

Treating and Caring for Girls and Women Living with Female Genital Mutilation. The United Kingdom Response

Comfort Momoh

Nurse-Midwife and FGM Expert

Between April 2016 and March 2017, 9,179 visits were registered with National Health Service (NHS) trusts and General Practitioner (GP) practices where the presence of FGM was identified or a procedure for FGM was undertaken.

87 percent of these visits were in delivery or obstetric services. Data for treatment were recorded for six out of every ten visits. The average age of the users of these services was 31 years. 95 percent of the women and girls first recorded in the data in 2016/17 had undergone FGM before they were 18 years old. This information was recorded for three out of every ten women and girls. Tackling all forms of violence against women and girls, including FGM, both domestically and internationally is a key priority for the UK government. This is demonstrated by the extent of the work carried out by the government in recent years. For example, the Secretary of State for International Development put women and girls and equality at the heart of the aid programme by investing £35 million in a specific programme dedicated to FGM.

In addition to this unprecedented domestic package on FGM, the Girls' Summit in 2014 brought together heads of state, practitioners, survivors, charities and community groups and secured new commitments from the private sector, faith leaders, other civil society organisations and governments in the fight against FGM. The government has also committed to working with other countries to tackle FGM, to learn from their experiences and to share policy approaches when requested.

The police and Crown Prosecution Service

It is important to recognise that there are barriers to prosecution that cannot be overcome easily. At the time of mutilation, victims may be too young and vulnerable or afraid to report offences. They may also be reluctant to implicate family members. The Crown Prosecution Service (CPS) can only consider prosecuting those cases of FGM which have been referred to it by the police following

an investigation. According to the CPS, the police and the CPS have historically been far too passive in their approach to FGM, expecting the survivors to take initiative and report it.

In July 2017 the Female Genital Mutilation (FGM) Enhanced Dataset (SCCI 2026) supports the Department of Health's FGM Prevention Programme by presenting a national overview of the prevalence of FGM in England.

General practitioners (GP)

The government agreed that GPs have a vital role in responding to FGM and welcomes the work of the Royal College of GPs and the Intercollegiate Group in this area. As part of the national £1,443m FGM prevention programme, the Department of Health is working with the Royal College of GPs to understand and develop the role that GPs should have in responding to FGM, as well as how to incorporate collaboration between GPs and other healthcare professionals in order to improve information sharing, safeguarding and delivery of personalized healthcare.

Following the UK Girls' Summit in 2014 the government published updated multi-agency guidelines on handling cases of FGM and discussed a key objective for the national action plan on FGM. The aim is to overcome practitioners' reluctance to address FGM so that they will respond to it in the same way as they do with other forms of child abuse. Training is important for practitioners to have the confidence to talk about FGM. But this also implies making such conversations routine so that professionals overcome any awkwardness they may feel about having them.

The UK government is clear that it considers FGM to be a form of child abuse and a criminal offence. It agrees that practitioners should be able to respond to FGM as they would to any other form of abuse. Training should provide them with the knowledge and skills they need to comply with their safeguarding responsibilities, and this should include an awareness of issues like FGM. 'Training' will include both initial training and continuing professional development.

With regard to the initial teacher training, all newly qualified teachers are assessed against, and must meet, professional standards which require them to display an understanding of their safeguarding responsibilities and to recognize the need to safeguard their pupils' well-being, in accordance with statutory provisions. The Department for Education made an inquiry over the summer of 2014 on the first ever Knowledge and Skills Statement, drawn up by Chief Social Worker Isabelle Trowler, which laid out, in one place, everything that child and family social workers need to know and be able to do. The Department for Edu-

cation has now published its response to the inquiry, including the Chief Social Worker's final version of the Statement, stating that social workers must (among many other things) be able to:

- Recognize harm and risk indicators of different forms of harm to children relating to sexual, physical, emotional abuse and neglect;
- Consider the possibility of child sexual exploitation, grooming (on and offline), FGM and forced marriage;
- Lead the investigation into allegations of significant harm to children in consultation with other professionals and supervisors;
- Head teachers and service heads can focus on continuing professional development with regard to the issues most relevant to their organisation and/or area. This allows them to take into account the needs of the children, with whom they work, including children from communities where FGM may be practiced, and to prioritise training that will enable staff to address those needs.

The multi-agency e-learning package on FGM published by the government in July 2014, together with the guidance and resource pack published at that time, is intended to raise practitioners' awareness of FGM and point them toward further sources of information and advice. In the first month that the e-learning package was available, over 800 professionals completed the course, and 99.6% of those would recommend that others take it as well.

Responsibilities

One of the objectives of the specialised FGM unit is to use outreach events to promote all the available guidance and resources to professionals and to signpost support services. Statutory guidance – regarding multi-agency cooperation in *Working Together to Safeguard Children* (2013) and on the role of schools in *Keeping Children Safe in Education* – sets out clearly the responsibilities of organisations and practitioners, and contains links to more detailed information and guidance on FGM.

The Department of Health commissioned Health Education England to produce five new e-learning FGM training sessions, the first of which launched on 26 November 2014. These were shared on the national 'eLearning for Health' platform, and are available to all NHS Trusts at no charge. The e-learning modules contain practical advice on how best to ask 'difficult' questions about FGM in a sensitive manner and how to give healthcare professionals the confidence to fulfil their role in protecting girls, preventing FGM, and caring for women and girls who have undergone FGM. Updated online resources on FGM are available on

the NHS Choices website, with a range of films for health professionals depicting how to ask difficult questions sensitively. The web pages include advice, links to find guidance, details of specialist FGM clinics in the NHS, and links to helplines and NGOs that can assist NHS staff who are unsure of what to do.

Health professionals are already required to inform the police or social services whenever they have concerns that a child is at risk of any form of abuse, including FGM. The government agrees it is important for there to be a clear point of contact between the NHS and social services when a child is identified as being at risk of FGM. The Department of Health and Department of Education developed a more detailed FGM risk assessment tools for professionals and social workers. They also recommend that the Royal College of Paediatrics and Child Health amend the Personal Child Health Record, or Red Book, to include a specific reference to the risk of FGM for the child, and any safeguards that have been put in place.

Schools

The government agrees that it is vital for school staff to be aware of the indicators of different forms of abuse and to know what action to take. It is vital that school staff have an awareness of these indicators and know when to refer the matter to children's social care and the police. FGM guidance was sent to all head teachers and child protection officers and all must undergo compulsory safeguarding training which specifically deals with FGM.

The statutory guidance in *Keeping Children Safe in Education* (April 2014) clearly sets out the responsibilities of schools and their staff. *Keeping Children Safe in Education* (KCSIE) covers all forms of abuse, and contains links to more detailed guidance on specific risks, including FGM. The guidance on FGM, which includes a chapter aimed specifically at schools and colleges, contain information about the warning signs that practitioners should look out for.

Head teachers and child protection leaders in schools should be trained to carry out their statutory duties. School leaders should use their professional judgment to determine what training is appropriate for the needs of their staff and their school. KCSIE states that safeguarding training should cover at a minimum the content of the guidance and that schools may wish to contact their Local Safeguarding Children Board for advice on appropriate training. In addition, in order to help schools identify suitable safeguarding training, officials have worked with a consortium of safeguarding experts, who have developed updated training materials that reflect the content of *Keeping Children Safe in Education*.

OFSTED (Office for Standards in Education, Children's Services and Skills) recognizes the significance of FGM in its inspection arrangements and its safeguarding guidance to inspectors clearly states that inspectors should be aware of the guidance that is available and vigilant to the risk of the practice. The guidance indicates that, where appropriate, inspectors may check awareness of the issue among designated senior staff and ensure that all staff are aware of the risks, and they may ask what training staff have had and whether the school has taken any timely and appropriate actions regarding concerns about particular children.

It is recommended that when OFSTED assesses the existence of PSHE (Personal and Social Education) in schools, it should explicitly examine the schools' approach to education on FGM and violence against women. OFSTED is required to report on whether the curriculum offered by the school is comprehensive and balanced and promotes the spiritual, moral, social and cultural development of all pupils. OFSTED inspections must also cover the behaviour and safety of pupils in a school. These judgements may reflect how a school teaches pupils about issues of gender-based violence. OFSTED does not, however, inspect individual curriculum subjects such as PSHE as part of routine school inspections.

OFSTED recommends that PSHE be made compulsory, including teaching children about FGM in high-prevalence areas. All schools should teach PSHE, drawing on best practices, and OFSTED has outlined this expectation in the introduction to the framework to the new national curriculum.

OFSTED is committed to working with schools and other experts to ensure that young people are receiving age-appropriate information that allows them to make informed choices and stay safe.

All local safeguarding children boards need to develop clear and consistent risk assessment protocols so that an appropriate action plan is put in place for every child referred to social services.

The government agrees that clear and consistent risk assessment protocols are required.

12.

**Reparative Approaches in Healthcare:
From Women's Stories
to Restorative Justice in FGM/C**

Michela Villani

University of Fribourg, Switzerland

Women of sub-Saharan origin living in European countries have started to speak out about female genital mutilation/cutting (FGM/C) and ask for specific healthcare services when they are damaged (Berg & Underland, 2013; Johansen et al., 2013; Leye et al., 2006; Villani et al., 2016). The international socio-political context openly opposes these traditional practices, which are performed by many ethnic groups in different African countries. Even if recent studies show that other geographical areas, such as Yemen, Iraq and Indonesia, are affected by FGM/C (Andro & Lesclingand, 2017; UNICEF, 2016; Yoder et al., 2013), the highest prevalences and greatest concentrations of FGM/C remain in sub-Saharan regions. The African continent has been the target of many public health campaigns over the years (Boddy, 2007; Mackie, 2000; Shell-Duncan, 2008), which helped shape the perception of the practice among populations exposed to such campaigns (Berg & Denison, 2013; Vogt et al., 2016). Even if the principal aims of those campaigns were to eliminate FGM/C, the spread of the message has often been very aggressive and had different side effects. Some scholars have pointed out that such campaigns helped to represent "excision" and "infibulation" as a peculiar gynecological problem of African women, creating a bias among healthcare professionals during diagnosis (Leye et al., 2008; Tamaddon et al., 2006; Zaidi et al., 2007). Others have shown that African women, especially in diaspora, have seen their body image, their self-esteem or their gender model undermined (Berg et al., 2010; Mulongo et al., 2014; Whitehorn et al., 2002) because of the stigmatization of the practice in the migratory context (Gruenbaum, 2001; Johnsdotter & Essén, 2016).

Since the end of the 1990s, FGM/C has been defined as a "harmful practice" (UNICEF, 2013) and great efforts were employed both in the Global South and North in order to prevent such practices from being performed on children (Berg & Denison, 2012). For more than three decades, FGM/C has been considered as the cause of "irreversible damages" to women's sexual and reproductive health.

A turning point occurred with the introduction of clitoral reconstructive surgery, a surgical technique that aims to restore the “original body” by repairing the cut clitoris (Villani, 2009). This surgery aims to reconstruct a normal looking clitoris, which is relocated in the correct anatomical position and potentially functional with respect to its innervation (Foldes & Louis-Sylvestre, 2006). If the question of surgical protocol is still under discussion and the evidence is still being studied (Abdulcadir et al., 2015; Berg et al., 2017), reconstructive surgery has shaken the paradigm of “irreversible damages” and has opened possibilities of reconstruction (Foldes et al., 2012; Villani & Andro, 2010). While many medical studies report and document the side effects and benefits of reconstructive surgery, this article proposes to look at the sociological impact of reconstructive surgery on women’s perceptions and the meanings of “reparation.”

Studies have shown that resection of the clitoral fibrosis and easier access to the clitoris itself might improve pleasure and decrease pain (Abdulcadir et al., 2015; Foldes et al., 2012; Paterson et al., 2012). Other authors have underlined the implications of reconstruction on both gender identity and body image (Abdulcadir et al., 2011). Other research has shown that reconstructive surgery is a privileged opportunity for many women to question and re-evaluate the traditional values that they have been taught by their families (Andro et al., 2014; Foldes et al., 2012; Villani & Bodenmann, 2017). Treatment for African women with FGM/C then began to take a multidisciplinary approach in which the medical care began to involve psychosexual, ethical, moral and social dimensions (De Schrijver et al., 2016). Few studies have analyzed multidimensional healthcare and women’s needs.

The management of FGM/C varies among the national healthcare systems of different European countries (Leye et al., 2006), and multidisciplinary protocols are increasingly being adopted and specific counseling is encouraged (De Schrijver et al., 2016). During counseling, women with FGM/C are expected to undergo an important reflective process. They are supposed to review and reconsider not only traditions and parental norms (Villani & Bodenmann, 2017) but also their own bodies. In this process of reconstruction they invest “reparation” with different meanings, which this article proposes to highlight.

Box 1: Survey and methods

The process of reconstruction involves several dimensions (biological, emotional, moral, psychological, sexual) that women put effort into at different stages over the course of their lives and which carry different meanings. In particular, for almost two years, I had the opportunity to follow a medical team in a hospital offering clitoris reconstructive surgery. During this medical process, that I've called the "pathway to reparation" (Villani, 2009), healthcare professionals play a multidisciplinary and ethical role. I investigated in-depth the meanings attributed by women to the term "reparation," when it was used to make a healthcare request. Analysis of the item "reparation" is based on two qualitative surveys, conducted in France (from 2007-2009) and in Switzerland (from 2013-2014). In total 40 women were interviewed: 8 immigrant women of sub-Saharan origin living in Switzerland with Type III FGM/C (infibulation) and 32 first- and second-generation women living in France with Type II FGM/C (excision), all of whom had undergone or asked for a clitoris reconstruction in a public hospital. All of the women were questioned on the meaning they give to the term "reparation" within their health and sexual life.

The group of women with infibulation and the group of women with excision differ in their socio-demographic characteristics and in the context of FGM/C. The diseases and type of pain reported are also interpreted or explained differently. This article focuses not on this aspect, but rather on the demands of women to change their health conditions, which was mentioned by all women in the interviews. Once questioned about the possibility to change something in their lives linked with their self-perceptions of health, all women stated that they would improve their health status, in particular concerning sexual health. When prompted to define what they intended to change as well as to define the term "reparation" within their health and sexual life, many different dimensions of health were cited. Reparative approaches include a range of dimensions, which are not only physical, but also psychosexual, social and moral.

The most evident and most cited meaning of “reparation” is physical reconstruction by surgical technique. Women’s requests for physical reconstruction stems from feelings of “having been damaged” and the feeling that something is “missing” from their bodies. Women report the sensation of feeling “limited” in their activities especially when they are asked to be naked (in the gym locker room, in the swimming pool, etc.) or when they are in intimate encounters with a partner. The request to be reconstructed is the result of a desire to reconstruct what has been cut. In particular, women with Type 2 (Excision) in the French context expressed the need to have their clitorises reconstructed, stating: “I want to be a whole woman” or “an all-round woman” or “I don’t feel normal and I want to be as all other women.”

The second meaning of “reparation” is linked to the feeling that something is “missing,” which becomes more complex when women report the idea of loss and theft. According to their reports, the practice of FGM/C is almost always performed on very young girls, usually before the age of 5, and a great number of women have no memories of the event. These women say that they “discovered” their FGM/C later, during adulthood or during their first sexual experiences. They clearly express the feeling that “something had been taken away without asking” or that something had been “stolen” from their body without their consent. They highlight the feeling of loss of body integrity, which is accompanied by a feeling of having been subjected to a violent experience and an instance of abuse. The feeling that something had been “lost” or “stolen” feeds the desire for justice, which becomes, for some of them, an explicit demand. This meaning illustrates the moral dimension of reparation which is often evoked in consultation – both by women and doctors – with the term “symbolic reparation.” Some women say that what counts for them is “to have their clitoris back, even if it doesn’t work.”

Taking into consideration quotes from the women including “I want to take my clitoris back” or “I want to recover my clitoris” or “I want them to give me back what they’ve stolen/taken without asking me,” we can identify a political claim over the body’s integrity and the right to control it and make choices about it. Furthermore, we can understand this specific claim as women asking for the recognition of their right to dispose of and have control over their bodies, their sexuality and their personal choices. This idea is very important because it marks the integration of sexual rights and socialization to sexual health culture.

The third meaning of reparation involves the sexual dimension. Especially in the French context, excised women express their dissatisfaction, some of them define themselves as “unhappy” with their sexual experiences. The majority of these women specify that they are in a relationship with a European male part-

ner who, most of the time, does not know about the practice of the FGM/C. Few women ask for “more pleasure” or “different pleasures” the lack of which is attributed to the damage to the clitoris.

The final meaning of reparation concerns gender. Some women highlight that the bodies they have do not correspond to the bodies they want when they discuss their meaning of “reparation.” This is particularly true of second-generation women, who were born in or arrived very young in European countries and grew up out of the African context. This type of complaint was found particularly among women in the French context, as infibulated women in Switzerland were all of first generation immigrants. Second-generation women in particular report bad body images and complain of suffering concerning the damage to their genitals. Some of them use the term “abnormality” and report seeing themselves as “different from other women.”

The meanings that women give to “reparation” are multidimensional. The management of FGM/C requires a multitasking, polyvalent and multidisciplinary healthcare service. The plurality of dimensions involved in the reparation process are linked with the take-over of sexual health and sexual rights. In their request for any kind of healthcare, the narratives of women with FGM/C should be taken into account. As other research in the field of human rights in childbirth (Lokugamage & Pathberiya, 2017) has shown, the power of storytelling serves to reconnect disparate parties and divergent positions especially within the context of transnational families.

Thinking about specific healthcare services in terms of the reparative approach is the first step in developing a discussion with women who have undergone FGM/C. Reparative approaches should be multidisciplinary and include support counseling and designated places for the sharing of experiences. Healthcare services should take into account the affected women's words and narratives and start from women's definition of the problem rather than defining it in their place. Finally, narratives are an important aspect of the restorative justice process and in order to ensure sexual rights, women should be supported in defining new boundaries between themselves and social norms, especially when the latter affect their lives.

References

- Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., et al. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly*, 140, pp. 131-137.
- Abdulcadir J., Rodriguez, M. I., & Say, L. (2015). A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet*, 129(2), 93-97.

- Andro, A., Lesclingand, M., & Pourette, D. (2010). Excision et cheminement vers la réparation: Une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales. *Soc. Cont.*, 77(1), 139-161.
- Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc Sci Med*, 106, pp. 177-184.
- Andro, A., & Lesclingand, M. (2017). Female genital mutilation around the world. *Population and Societies*, 543. Available from: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26419/543.population.societies.2017.april.en.pdf
- Berer, M. (2010). Labia reduction for non-therapeutic reasons vs. female genital mutilation: Contradictions in law and practice in Britain. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 106-110.
- Berg, R. C., Denison, E., & Fretheim, A. (2010). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review of quantitative studies*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Berg, R., & Denison, E. (2012). Effectiveness of interventions designed to prevent female genital mutilation/cutting: A systematic review. *Studies in Family Planning*, 43(2), 135-146.
- Berg, R., & Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International* 2013: 496564. doi: 10.1155/2013/496564
- Berg, R., & Denison, E. (2013). A tradition in transition: Factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health Care for Women International*, 34(10), 837-895.
- Berg, R., Taraldsen, S., Said, M. A., et al. (2017). Reasons for and experiences with surgical interventions for female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review. *J Sex Med*, 14(8), 977-990.
- Boddy, J. P. (2007). *Civilizing women: British crusades in colonial Sudan*. Princeton: Princeton University Press.
- De Schrijver, L., Leye, E., & Merckx, M. (2016). A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: The crucial role of counselling. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(4), 269-275.
- Foldes, P., & Louis-Sylvestre, C. (2006). Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34(12), 1137-1141.
- Foldes, P., Cuzin, B., & Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: A prospective cohort study. *Lancet*, 380(9837), 134-141.
- Gruenbaum, E. (2001). *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Philadelphia: University Pennsylvania Press.
- Johansen, E., Diop, N. J., Laverack, G., et al. (2013). What works and what does not: A discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. *Obstetrics and Gynecology International* 2013: 348248.
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32, pp. 15-25.
- Leye, E., Powell, A. R., Nienhuis, G., et al. (2006). Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care for Women International*, 27(4), 362-378.

- Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., et al. (2008). Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13(2), 182-190.
- Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: A review. *Reproductive Health*, 14, p. 17.
- Mackie, G. (2000). Female genital cutting: The beginning of the end. In B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (Eds.), *Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change* (pp. 253-282). Boulder: Lynne Rienner.
- Mulongo, P., Hollins, C. N., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of female genital mutilation/cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: A narrative literature review. *J Reprod & Infant Psychology*, 32(5), 469-485.
- Paterson, L., Davis, S., & Binik, I. (2012). Female genital mutilation/cutting and orgasm before and after surgical repair. *Sexologies*, 21(1), 3-8.
- Shell-Duncan, B. (2008). From health to human rights: Female genital cutting and the politics of intervention. *Am. Anthropol.*, 110(2), 225-236.
- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J., et al. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care for Women International*, 27(8), 709-722.
- UNICEF. (2013). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF.
- UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. New York: UNICEF.
- Villani, M. (2009). From the "maturity" of a woman to surgery: Conditions for clitoris repair. *Sexologies*, 18(4), 259-261.
- Villani, M., & Andro, A. (2010). Réparation du clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées: La place du plaisir. *NQF*, 29(3), 23-43.
- Villani, M., Griffin, J. L., & Bodenmann, P. (2016). In their own words: The health and sexuality of immigrant women with infibulation living in Switzerland. *Social Science*, 5(71). doi:10.3390/socsci5040071
- Villani, M., & Bodenmann, P. (2017). FGM in Switzerland: Between legality and loyalty in the transmission of a traditional practice. *Health Sociology Review*, 26(2), 160-174.
- Vogt, S., Ahmed, N., Zaid, M., et al. (2016). Changing cultural attitudes towards female genital cutting. *Nature*, 538(7626), 506-509.
- Whitehorn, J., Ayonrinde, O., & Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: Cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 161-170.
- Yoder, P. S., Shanxiao, W., & Johansen, E. (2013). Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen. *Studies in Family Planning*, 44(2), 189-204.
- Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., et al. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *J Obstet Gynaecol*, 27(2), 161-164.