

Repositório ISCTE-IUL

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2018-11-05

Deposited version:

Post-print

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Piedade, S. & Moleiro, C. (2012). Mutilação genital feminina em Portugal: atitudes, formação e experiências de profissionais de saúde. *Transcultural*. 4 (1), 57-75

Further information on publisher's website:

--

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Piedade, S. & Moleiro, C. (2012). Mutilação genital feminina em Portugal: atitudes, formação e experiências de profissionais de saúde. *Transcultural*. 4 (1), 57-75. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

RUNNING HEAD: Mutilação Genital Feminina

**Mutilação Genital Feminina em Portugal: Um estudo exploratório das
Experiências, Atitudes e Formação de Profissionais de Saúde**

Sandra Piedade ¹

Amnistia Internacional - Portugal

&

Carla Moleiro

Instituto Universitário de Lisboa –ISCTE-IUL / CIS-IUL, Lisboa, Portugal

Novembro 2012

¹ O presente trabalho foi desenvolvido pela primeira autora, constituindo parte dos resultados da sua dissertação de mestrado em Psicologia Social e das Organizações em 2008, no Departamento de Psicologia Social e das Organizações, no Instituto Universitário de Lisboa ISCTE-IUL, orientada pela segunda autora. Foi conduzida com o apoio da Amnistia Internacional-Portugal.

Resumo

De acordo com a OMS (1997), aproximadamente 140 milhões de mulheres em todo o mundo já foram submetidas a Mutilação Genital Feminina (MGF). Portugal foi considerado um país de risco relativamente à prática de MGF, devido ao aumento do número de imigrantes provenientes de países onde a prática é corrente e à inexistência de uma lei específica que penalize este procedimento. Deste modo, foi realizado o presente estudo, de carácter exploratório e quantitativo, no sentido de descrever as experiências, as atitudes dos/as profissionais de saúde e a sua formação em MGF. Participaram 52 médicos e enfermeiros da grande área de Lisboa, de ambos os sexos, com uma média de 35 anos de idade e com cerca de 11 anos de experiência profissional, através do preenchimento de um questionário. A análise dos dados confirmou a existência de atitudes negativas dos/as profissionais de saúde relativamente à MGF, bem como reforçou os resultados de estudos anteriores que indiciam a existência de lacunas na formação para os cuidados prestados às vítimas de MGF.

Palavras-chave: Mutilação Genital Feminina; atitudes sobre MGF; formação profissional; competências profissionais em MGF.

Abstract

According to the WHO (1997), approximately 140 million women have been submitted to Female Genital Mutilation (FGM) worldwide. Portugal has been identified as in-risk concerning the practice of FGM due to the increasing number of immigrants from countries in which FGM is a current practice, and due to the lack of specific legislation that punishes this procedure. Therefore, the present study intended to describe the experiences and attitudes of health professionals regarding FGM, as well as their training on this issue, through an exploratory quantitative study. A total of 52 nurses and physicians of hospitals in the larger Lisbon Area, of both sexes, with an average age of 35 years and 11 years of professional experience, participated in the study by filling in a questionnaire. Data analysis confirmed the existence of negative attitudes concerning FGM, as well as the lack of knowledge and professional competencies concerning FGM among healthcare professionals, in accordance with previous studies.

Palavras-chave: Female Genital Mutilation; attitudes about FGM; professional; training
Healthcare competencies in FGM.

1 – Caracterização e Investigação sobre Mutilação Genital Feminina

O quinto artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), aprovado em Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de Dezembro de 1948, consagrou que “ninguém será submetido a torturas nem a penas, ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes” (p. 2). Desde então, vários tratados e acordos internacionais foram estabelecidos visando a defesa dos direitos humanos. De entre eles, destaca-se a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, aprovada a oito de Dezembro de 1979, na Assembleia Geral das Nações Unidas e que define a discriminação contra as mulheres como “... qualquer distinção, exclusão ou restrição realizada baseada no sexo com o objectivo de prejudicar ou invalidar o reconhecimento, satisfação ou as actividades exercidas pelas mulheres, independentemente do seu estado civil, numa base de igualdade entre homens e mulheres, dos direitos humanos e liberdades fundamentais na política, economia, social, cultural, civil ou em outro campo qualquer” (artigo 1º). Esta convenção, rectificada por cerca de 185 países, incluindo Portugal, permitiu estabelecer metas e programas com o intuito de erradicar todas as formas de discriminação baseadas no género.

Não obstante a criação de inúmeras medidas, por todo o mundo verificam-se violações aos direitos mais fundamentais das mulheres. De entre eles, está a prática da Mutilação Genital Feminina (MGF), que se encontra profundamente enraizada em determinadas comunidades, sendo encarada pelas mesmas como uma tradição que referem ser “praticada pelo bem das suas filhas” (Gonçalves, 2005, p.14). Contrariamente, várias organizações com um papel na protecção dos direitos humanos (e.g. Amnistia Internacional, Nações Unidas, Organização Mundial da Saúde) atestam que esta prática constitui uma forma de discriminação contra as mulheres, que restringe

os seus direitos mais básicos, impedindo-as de desfrutar da sua sexualidade e maternidade de forma plena, para além de interferir com a sua saúde física e psicológica.

1.1 *Definição e Tipos de MGF*

A MGF compreende “todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outros danos aos órgãos genitais femininos, seja por razões culturais ou do foro não terapêutico” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1997, p. 3). Estima-se que esta prática já tenha afectado 135 milhões de mulheres e crianças em todo o mundo, sendo que anualmente este número sofre um acréscimo na ordem dos dois milhões (Amnistia Internacional Portugal [AIP], 2007). A MGF encontra-se profundamente enraizada em 28 países Africanos, como o Djibuti, a Eritreia, a Etiópia, a Gâmbia, a Serra Leoa, a Somália e o Sudão (onde podem atingir os 90%). Também no Médio Oriente, Ásia, América, Austrália e Europa (nomeadamente em França, Itália, Holanda e Reino Unido) a presença de casos de MGF tem sido verificada, muitas vezes justificada pelo fluxo das comunidades migrantes onde esta prática se encontra disseminada.

É importante destacar a pertinência desta temática no nosso país. Esta advém do facto de a OMS (2002) ter considerado Portugal um país de risco relativamente à prática de MGF, devido ao aumento do fluxo de imigrantes provenientes de países onde esta prática é corrente, bem como à lacuna existente a nível nacional no que reporta a uma legislação específica que criminalize a MGF. Esta prática está prevista apenas no Artigo 144 do Código Penal que condena os danos à integridade física grave dos indivíduos (no sentido lato), sendo que os imputados incorrem numa pena compreendida entre os dois aos doze anos.

Os tipos de MGF que se conhecem foram tipificados pela OMS (1997) da seguinte forma (tabela 1):

Tabela 1 - Tipos de MGF tipificados pela OMS (1997)

Tipo	Descrição
Tipo I:	Clitoridectomia - remoção do prepúcio do clítoris, com excisão total ou parcial do clítoris;
Tipo II:	Excisão - remoção total do clítoris com excisão parcial ou total dos pequenos lábios;
Tipo III:	Infibulação - excisão parcial ou total da genitália externa e sutura/estreitamento da abertura vaginal;
Tipo IV:	Práticas não sujeitas a classificação, tais como procedimentos que envolvam qualquer tipo de incisão, <i>piercing</i> ou alongamento do clítoris e/ou lábios vaginais; cauterização por queimadura do clítoris e do tecido circundante, remoção do tecido circundante do orifício vaginal (corte <i>angurya</i>), corte da vagina (corte <i>gighiri</i>); introdução de ervas ou outras substâncias na vagina com o propósito de causar sangramento ou estreitar a vagina; qualquer procedimento que não se encontre contemplado nas anteriores tipologias.

1.2 Prática da MGF

A MGF é realizada por excisoras, que são descritas por Martingo (2007) como mulheres de importante estatuto social na comunidade, assumindo simultaneamente o cargo de parteiras, prestando cuidados à mulher e ao bebê no pré- e pós-parto. Na Guiné, as excisoras são designadas por *fanatecas*.

A mutilação genital feminina ocorre frequentemente em raparigas com idades compreendidas entre os quatro e os doze anos, embora também possam ser submetidas à MGF em diferentes estágios da sua vida, nomeadamente após o nascimento, noivado, no decurso da primeira gravidez e após o parto (Frade, 2004, 2007; Gonçalves, 2005). A idade em que o corte é realizado está, com muita frequência, dependente do grupo étnico da mulher e da sua localização geográfica (OMS, 2001). Ainda neste âmbito, Little (2003) afirma que, na Gâmbia, este procedimento pode ser realizado em grupos, que podem ser constituídos por até cem raparigas. Por outro lado, países como o Egipto consideram a MGF um assunto da esfera familiar e realizam esta prática de modo mais privado.

1.3 Factores Subjacentes à Prática de MGF

Têm sido apresentados na literatura diversos aspectos subjacentes a esta prática, nomeadamente motivações de ordem religiosa, cultural, de género, e crenças associadas aos órgãos sexuais femininos (Frade, 2004; Oberreiter, 2008).

Na literatura verifica-se que a prática de MGF se encontra disseminada em diferentes religiões, tais como a Católica, Protestante, Animista e Muçulmana, sendo nesta última onde se regista um maior número de ocorrências de MGF (Martingo, 2007). Contudo, de acordo com Chalmers e Hashi (2000), o Corão não evidencia de forma explícita que esta prática constitui um mandamento sagrado e a MGF não é praticada por todas as comunidades islâmicas.

Alguns autores salientam que existem motivos de ordem cultural, enraizados em grupos étnicos específicos (Frade, 2004; Oberreiter, 2008). Gonçalves (2005) descreve que a MGF é socialmente percebida como um ritual de passagem para a idade adulta que permite a integração social das meninas, bem como fortalecer a coesão social do grupo a que pertencem. A concretização desta prática garante a manutenção da honra da

família da rapariga, pois a sua virgindade, bem como a legitimidade dos herdeiros fica assegurada. A rapariga passa a ser considerada pelos restantes membros da comunidade como “espiritualmente pura” (OMS, 2006, p. 5) e a sua obediência é recompensada posteriormente com a sua integração plena no seio do grupo, assim como através de manifestações de reconhecimento público. Segundo Little (2003), após a MGF é realizada uma celebração familiar, onde a rapariga é presenteada, nomeadamente com ouro, roupas e dinheiro. A autora refere que esta celebração pode ter a dimensão de um casamento e é percebida pela rapariga como um ritual de passagem para a idade adulta, podendo ser muito desejado por esta.

De acordo com Leye (2008), existe uma pressão social sobre as raparigas para que estas se submetam à prática de MGF e a insubmissão conduz a discriminação por parte da família, dos pares e/ou da comunidade, vindo muito reduzidas as suas hipóteses de casamento. As motivações culturais estão, assim, intimamente relacionadas com as questões de género, em particular com o estatuto social da mulher nestas comunidades que, segundo Hopkins (1999, p. 27), constitui o “cerne desta prática”.

Finalmente, são factores relevantes para a manutenção da prática de MGF as crenças destas comunidades associadas aos órgãos genitais femininos externos. Estes são considerados impuros, enquanto a mulher desprovida da sua genitália externa é percebida como limpa, bonita e mais fértil. Algumas comunidades também consideram que o clitóris aumenta a frequência de complicações no parto, nados mortos, danos físicos e psicológicos no bebé, podendo até mesmo ser responsável pela morte do marido da parturiente, segundo dados reportados pela OMS (2001). Paralelamente, existe a crença de que a ausência de clítoris diminui ou inibe o desejo sexual da mulher, sendo deste modo mais respeitada por toda a comunidade.

Elgaali, Mardh e Strevens (2005) conduziram um estudo na Suécia com 220 participantes do sexo feminino, oriundas do Norte de África e que tinham sido submetidas a MGF, bem como 95 maridos destas. Constatou-se que as crenças mais recorrentes eram de ordem religiosa (58%), cultural (27%) e de aumento da probabilidade de casamento (21%). Outras razões, como a manutenção de higiene e prevenção de contactos sexuais com múltiplos parceiros, foram subvalorizadas pelos participantes com percentagens de 4% e 1%, respectivamente. Cerca de dez respondentes (5 % da amostra) considerou ainda não existir qualquer motivação subjacente a esta prática.

1.4 Consequências Físicas e Psicológicas da MGF

A MGF, uma vez concretizada, é irreversível e acarreta consequências físicas e psicológicas a curto, médio e longo prazo. Segundo Baron e Denmark (2006), a gravidade das sequelas pode variar conforme o tipo de mutilação que é praticada, as condições em que é realizada, a experiência da excisora/*fanateca*, bem como a vulnerabilidade da rapariga/mulher para contrair infecções (resposta do sistema imunitário e condição geral de saúde prévia).

Chalmers e Hashi (2000) realizaram um estudo no Canadá com mulheres submetidas a MGF – 96% infibulação – e que tinham tido filhos naquele país, nos últimos cinco anos. Esta investigação visava aceder às percepções das mulheres sobre os cuidados de saúde que lhes foram prestados durante a gravidez e o parto, assim como à sua experiência pessoal sobre a MGF. As participantes relataram, como consequências a curto prazo, dor intensa (87%), sangramento (81%), retenção do fluxo menstrual e da urina (70%), edemas e inflamação (50%) e infecções (37%). A longo prazo, constatou-se que 78.2% afirmaram que as relações sexuais eram dolorosas; 74.3% possuíam menstruações dolorosas; 62.3% apresentavam rasgões no períneo; 54.2% possuíam

danos de cicatrização no períneo; 32.9% afirmaram ter retenção urinária; 23.8% sofreram infecções; 21.7% relataram ter sofrido infecções pélvicas; e 24.3% afirmaram a ocorrência de quistos no períneo. Também foram reportadas consequências relativas à percepção de prazer sexual, bem como dor, timidez e medo associados ao sexo. Com efeito, de acordo com Chalmers and Hashi (2000), a infibulação acarreta uma barreira física, formada pela cicatriz, que dificulta as relações sexuais.

Noutro estudo, realizado por Elgaali, Mardh e Strevens (2005), algumas participantes referiram como consequências imediatas da MGF hemorragia intensa, processo de cicatrização prolongado, infecções locais, infecções do tracto urinário e septicemia. No que diz respeito às sequelas a longo prazo, indicaram a formação de quistos, quelóides e infecções locais recorrentes, assim como dispareunia. Estes dados são consistentes com os apresentados pela OMS (2001).

As mulheres infibuladas também podem ter de ser defibuladas durante o parto, com o objectivo de viabilizar o parto vaginal. Caso a mulher não possua assistência adequada para efectuar este procedimento, podem ocorrer graves consequências para o feto e para a mãe, decorrentes do estreitamento do canal vaginal (Little, 2003). Após o nascimento do bebé, estas mulheres são submetidas a uma reinfibulação, que consiste na sutura do tecido que foi cortado para permitir o parto, repondo desta forma a infibulação. Verifica-se que este tipo de mutilação eleva ainda, durante o parto, o risco de hemorragias, infecções, o risco de morte da parturiente e de nados mortos (OMS, 2001). No estudo de Chalmers e Hashi (2000) constatou-se que 50.5 % das participantes recorreram a cesariana. Lundberg e Gerezgiher (2008) conduziram um estudo qualitativo com 15 mulheres imigrantes na Suécia e cujo país de origem era a Eritreia. Os dados recolhidos, através de entrevistas, permitiram concluir que o período do pós-

parto também pode ser marcado por inúmeras complicações, tais como sangramento, incontinência urinária, infecções e lentidão no processo de cicatrização.

No que diz respeito às consequências psicológicas, a OMS (2001, 2002) destacou as perturbações psicológicas e psicossomáticas que se traduzem em problemas comportamentais, alimentares e do sono, bem como ansiedade, depressão, irritabilidade crónica, e ausência de desejo e prazer sexual. Numa investigação conduzida por Lundberg e Gereziher (2008) apurou-se que a gravidez em particular é vivenciada com medo e ansiedade. Estes sentimentos derivam, sobretudo, do medo dos riscos que podem advir do parto, tanto para si como para o seu bebé, e da falta de informação que possuem acerca do parto. Também Elnashar e Abdelhady (2007) concluíram, numa comparação entre mulheres recém-casadas mutiladas e não-mutiladas, que as primeiras demonstraram mais problemas psicológicos tais como somatização, ansiedade e fobias.

1.5 Programas de erradicação da MGF

Os esforços no sentido da erradicação da MGF perduram há mais de 25 anos, através de organizações governamentais e não-governamentais como a OMS, a UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para as Populações, a Amnistia Internacional, entre outras instituições, que ao longo do tempo conseguiram estabelecer diversos tratados internacionais que proíbem a realização da MGF e introduzir, na maioria dos países onde esta prática vigora, legislação específica que a criminaliza. Porém, estas acções de carácter mais legislativo têm-se revelado insuficientes na eliminação da MGF. Neste sentido, têm sido desenvolvidos inúmeros programas de prevenção e intervenção no terreno com as comunidades em que esta prática persiste. As estratégias que têm sido bem-sucedidas, de acordo com a OMS (2006), envolvem:

- A criação de rituais alternativos de passagem à idade adulta, que mantêm o ritual e o significado simbólico associado à MGF, excluindo a mutilação propriamente dita

- O *fanado* alternativo, i.e., a criação de um ritual que simbolicamente represente a passagem à vida adulta, sem que este ritual envolva a mutilação genital;
- O desencorajamento da prática através da mediatização da problemática e do diálogo com as comunidades, líderes políticos, religiosos e outros detentores de poder informal junto da comunidade, divulgando informação sobre os riscos e complicações resultantes da MGF para a saúde física e psicológica da mulher a curto e a longo prazo;
- A sensibilização e formação de profissionais de saúde competentes para intervir eficazmente junto de pacientes submetidas a MGF;
- A promoção do *empowerment* 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.

1.6 Definição do Problema: A Formação de Profissionais de Saúde

Neste contexto, sabendo que em Portugal a população imigrante de países onde esta prática é comum é significativa (e.g. Gonçalves, 2005; Oberreiter, 2008), emerge a necessidade de realizar estudos com os/as profissionais de saúde que podem ser confrontados com pacientes excisadas/infibuladas, de forma a obter informações relativamente às suas atitudes sobre esta prática, a explorar o seu nível de conhecimento e de formação na área, bem como a sua experiência profissional com mulheres submetidas a MGF. Aliás, mesmo quando a prática de MGF não se realiza em solo Português, importa assegurar às mulheres imigrantes que residem em Portugal o acesso a cuidados médicos adequados às suas necessidades específicas, bem como desenvolver estratégias de intervenção com o intuito de minimizar as consequências físicas e psicológicas resultantes da MGF, conferindo a estas mulheres uma maior qualidade de vida.

No âmbito do estudo realizado por Chalmers e Hashi (2000) no Canadá, verificou-se que 87.5% das mulheres ouviram comentários negativos de profissionais de saúde, que incluíam verbalizações e expressões não-verbais de surpresa. Cerca de 55.1% relataram que foram olhadas com nojo e 57.4% consideraram que a sua cultura não foi respeitada. Deste modo, o estudo referenciado alertou para as carências exibidas por países que acolhem mulheres vítimas de MGF ao nível da falta de conhecimento e competência dos/as profissionais de saúde, percebida pelas mulheres, para cuidar de pacientes com MGF, assim como a pouca sensibilidade cultural demonstrada pelos mesmos perante as mulheres. Neste contexto, os autores salientaram a necessidade de formar profissionais de saúde na área da MGF. Em Portugal, Gonçalves, em 2005, também encontrou uma formação específica muito insuficiente dos/as profissionais de saúde portugueses. Com efeito, pouco sabemos sobre a prática e experiência efectiva destes/as profissionais, nem como se sentem e o que pensam sobre a MGF, após o importante trabalho que a Associação para o Planeamento Familiar (APF) e o Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre MGF, têm desenvolvido sobre esta temática no nosso país nos últimos anos (ver e.g. Frade, 2004, 2008).

Neste sentido, o presente estudo pretende explorar as atitudes dos/as profissionais de saúde em Portugal sobre a MGF, bem como ao tipo de formação, prática e experiência profissional que possuem neste âmbito.

2 - Método

2.1 Participantes

Participaram no estudo 52 profissionais de saúde, de três unidades hospitalares - Hospital Garcia de Orta, Hospital Fernando da Fonseca e Maternidade Alfredo da Costa, dos serviços de Urgência Geral e de Obstetrícia/Ginecologia. Verificou-se que 44 (86.3%) dos respondentes pertenciam ao sexo feminino, e 48 (94.1%) possuía

nacionalidade Portuguesa. Os respondentes possuíam entre 22 e 52 anos de idade, com uma média de 35.16 anos (DP = 9.20). No que diz respeito à formação profissional, 36 (70.6%) dos/as participantes eram enfermeiros, enquanto 15 (29.4%) eram de medicina. Verificou-se, ainda, que em média os/as participantes possuíam 11.67 anos de experiência profissional, com um desvio-padrão 9.14. Para esta amostra, a experiência mínima foi de um ano e a máxima situou-se nos 30 anos de serviço.

2.2 *Instrumento*

Este estudo de carácter exploratório e quantitativo visou, através de um questionário, aceder às atitudes, formação, prática e experiência de profissionais de saúde face à MGF. O questionário utilizado foi construído com base no instrumento aplicado por Gonçalves (2005) que foi, por sua vez, adaptado de um questionário concebido por Leye (1999) que conduziu um estudo relativo à MGF na Bélgica. A principal adaptação ou modificação prendeu-se com a avaliação das atitudes, que no presente estudo envolveu as componentes cognitivas, afectivas e comportamentais. Foram também eliminadas as perguntas abertas e homogeneizadas as escalas de resposta (i.e. na versão de Gonçalves, 2005, algumas respostas eram dicotómicas sim/não, outras ainda sim/não/talvez; e uma pequena parte envolvia uma escala de *Likert* de 5 pontos desde “discordo muito” a “concordo muito”). A reformulação do questionário para efeitos da presente investigação teve em conta parâmetros como os objectivos do estudo, aspectos metodológicos (escalas de medição de atitudes), bem como literatura referente ao estudo e avaliação de atitudes.

Assim, o questionário, na sua versão final, incluiu cerca de 50 itens, divididos em secções: (i) caracterização dos/as participantes; (ii) atitudes relativas à MGF (gerais, e componentes cognitiva, afectiva e comportamental); e (iii) formação e prática profissional com MGF. Assim, a primeira secção referia-se à recolha de dados sócio-

demográficos. Em seguida, apresentava-se uma secção que pretendia avaliar as atitudes gerais dos/as profissionais de saúde face à MGF. Estas foram medidas através de itens como “Globalmente penso que a MGF é uma prática (...)”, sendo que este item foi cotado através de uma escala de *Likert* de cinco pontos em que um corresponde a “Negativa” e cinco corresponde a “Positiva”. A componente cognitiva das atitudes, por seu turno, foi avaliada por meio de itens como “Na minha opinião a realização de MGF é útil” ou “... é degradante”. Relativamente à componente afectiva das atitudes, estas foram medidas da seguinte forma: “Quando penso na MGF sinto raiva” ou “... alegria”. Os itens referidos anteriormente foram cotados através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, em que um corresponde a “Nada” e cinco corresponde a “Muito”. A componente comportamental das atitudes foi avaliada por itens como “Se me pedissem para expressar publicamente a minha opinião sobre a MGF, eu aceitaria fazê-lo”. Este item, por sua vez, foi cotado por meio de uma escala de *Likert* de cinco pontos em que “um” corresponde a “Nunca” e “cinco” corresponde a “Sempre”. De seguida, uma secção do questionário englobou questões relacionadas com a formação em MGF, nomeadamente através de itens como “Indique com que frequência está presente em seminários ou congressos sobre saúde em que o tema da MGF é abordado”, tendo sido estes itens cotados por meio de uma escala de *Likert* de cinco pontos em que “um” corresponde a “Nunca” e cinco corresponde a “Sempre”. Finalmente, a última secção do questionário contemplou itens relativos à prática e experiência dos/as profissionais dos técnicos de saúde perante mulheres mutiladas. A experiência profissional foi passível de ser avaliada em questões como “Com que frequência é consultado devido a sequelas provocadas pela prática da MGF?”, sendo que esta questão foi respondida numa escala de *Likert* de cinco pontos em que um corresponde a “Nunca” e cinco a “Sempre”.

2.3 Procedimento

O questionário foi enviado, por correio, para Hospitais situados na Grande Lisboa, tendo sido feito um contacto anterior para pedido de colaboração com o estudo. Dos 675 questionários enviados, houve uma devolução ou taxa de resposta de cerca 8% (N=52). Várias medidas foram tomadas para a promoção da taxa de resposta, sem sucesso, como a articulação com a Amnistia Internacional-Portugal e os directores de serviço, com contactos por carta e por telefone, sendo assegurada a participação voluntária, a confidencialidade e o anonimato das respostas, conforme códigos deontológicos. Os dados recolhidos foram sujeitos a uma análise estatística através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

3 – Resultados

A análise dos resultados iniciou-se com uma análise descritiva das questões relativas à experiência e prática dos/as profissionais de saúde em relação à MGF. Esta análise permitiu constatar que 7 (13.5%) dos/as profissionais de saúde que participaram no estudo referiram ter conhecimento da existência da realização da MGF em território nacional. Verificou-se, igualmente, que do total dos respondentes, somente 28 (53.8 %) indicou saber reconhecer uma situação de MGF e apenas 6 (11.5%) indicaram formação específica nesta área.

Os/as profissionais de saúde que já tinham sido confrontados no âmbito da sua prática profissional com pacientes submetidas a MGF foram 14 (26.9%). Dos quatro tipos de mutilação existente, o mais frequentemente reportado foi o tipo I (n=8), seguido pela mutilação de tipo II (n=5), sendo que as restantes formas de mutilação foram observadas somente por uma vez. Para além disso, a nenhum dos/as profissionais de saúde foi solicitada a realização de MGF.

A análise descritiva das atitudes dos/as profissionais de saúde relativamente à MGF encontra-se na tabela 2.

Tabela 2 - Análise descritiva das Atitudes dos/as Profissionais de Saúde (componentes cognitiva, emocional e comportamental) face à MGF

Itens	M	DP	Min.	Max.
Em que medida considera importante definir a MGF como violação dos direitos humanos	4.80	0.633	1	5
Em que medida considera importante definir a MGF como tradição de uma cultura estrangeira	1.94	1.156	1	5
Em que medida concorda que Portugal é um país de risco para a realização de MGF	3.12	1.118	1	5
Em que medida considera importante a existência de legislação Portuguesa que enquadre esta prática	4.33	0.931	1	5
Em que medida concorda que a MGF possa ser realizada em contexto clínico	1.71	1.109	1	5
Na minha opinião, a MGF é...				
Útil	1.06	0.32	1	3
Cruel	4.71	0.92	1	5
Necessária	1.10	0.51	1	4
Degradante	4.44	1.25	1	5
Saudável	1.10	0.42	1	3
Ilegal	4.46	1.23	1	5
Benéfica	1.06	0.32	1	3
Em geral penso que a MGF é uma prática positiva	1.21	0.70	1	5
Quando penso na MGF sinto...				
Raiva	4.19	1.25	1	5
Alegria	1.02	0.15	1	2
Frustração	4.29	1.09	1	5
Tranquilidade	1.19	0.54	1	4
Tristeza	4.51	1.06	1	5
Esperança	1.78	1.30	1	5
Repugnância	4.69	0.87	1	5
Satisfação	1.02	0.15	1	2
Desconforto	4.58	0.84	1	5
Se houvesse intervenções comunitárias com o intuito de erradicar a MGF, participaria	4.10	1.02	2	5
Se tivesse conhecimento de uma paciente submetida a MGF, participaria às autoridades	3.66	1.04	1	5
Se me pedissem para expressar publicamente a minha opinião sobre MGF, aceitaria fazê-lo	3.78	1.16	2	5

Nota. M = Média; DP = Desvio-Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo. A escala de resposta consiste sempre em valores de 1-5, sendo os valores mais elevados tradutores de maior frequência ou concordância.

Conforme os dados da tabela 2, foi possível verificar que, em média, os respondentes consideram que é muito importante definir a MGF como uma violação dos direitos humanos. Por outro lado, encararam como pouco importante definir esta prática enquanto tradição cultural. No que concerne ao risco de se praticar MGF em Portugal, a amostra adoptou uma posição de neutralidade – não concordam nem discordam perante esta questão. Em termos médios, os/as profissionais de saúde consideraram importante a existência de uma lei, a nível nacional, que enquadre esta prática. No que concerne ao item “Em que medida concorda que a MGF possa ser realizada em contexto clínico”, os/as profissionais de saúde numa escala de cinco pontos manifestaram, em média, uma opinião discordante relativamente à realização de MGF em contexto clínico. Ainda numa componente cognitiva da atitude face à MGF, as médias mais elevadas foram as respeitantes a uma posição negativa (cruel, degradante, ilegal), sendo os atributos positivos avaliados junto ao ponto mínimo da escala.

As respostas dos/as profissionais de saúde na componente emocional revelaram uma maior frequência de emoções negativas associadas à MGF, tais como a raiva, a tristeza, a frustração, a repugnância e o desconforto.

Finalmente, no que diz respeito à componente mais comportamental, verificou-se uma frequência elevada (acima do ponto médio da escala; 3 de 1-5) de respondentes que indicaram que participariam em intervenções comunitárias, que afirmaram aceitar falar publicamente sobre esta temática, e reportaram que denunciariam esta prática às autoridades.

A tabela 3 apresenta os resultados descritivos relativos à formação dos/as profissionais de saúde face à MGF, sendo que 46 (88.5%) indicou não ter formação específica neste domínio.

Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis referentes à formação dos/as profissionais de saúde sobre MGF

Itens	M	DP	Min.	Max.
Em que medida teve acesso a...				
Informações sobre MFG através de seminários	1.29	0.71	1	4
Informações sobre MGF em artigos científicos	2.05	1.22	1	5
Informações sobre MGF em jornais ou revistas	2.81	0.97	1	5
Informações sobre MGF em programas de rádio ou TV	2.86	1.06	1	5
Informações sobre MGF através da internet	2.37	1.18	1	5
Com que frequência vai a congressos em que a MGF é abordada	1.44	0.70	1	3
Como avalia as suas competências para cuidar de uma paciente submetida a MGF	2.50	0.92	1	4
Em que medida estaria motivado para participar numa acção de formação sobre MFG	3.48	0.96	1	5

Nota: A escala de resposta consiste sempre em valores de 1-5, sendo os valores mais elevados tradutores de maior concordância.

Da tabela 3, salienta-se que a frequência com que os/as participantes indicaram ter acesso a informação sobre MFG através de diversos meios de divulgação foi relativamente baixa, sendo sempre inferior do que o ponto médio da escala (3 em 1-5). É ainda, de acordo com os/as profissionais de saúde, muito pouco frequente encontrar congressos que abordem esta temática. Finalmente, os/as profissionais de saúde reportaram que consideram ter poucas competências para prestar cuidados a mulheres submetidas a esta prática e que se revelam bastante motivados a participar em formações sobre MGF.

Salienta-se ainda que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas atitudes dos/as profissionais de saúde face à MGF para ambos os

sexos para qualquer das variáveis, nem entre os/as profissionais da área da enfermagem e da medicina.

4 – Discussão

O presente estudo debruçou-se sobre a MGF, uma prática enraizada em diversas comunidades e cujo estudo ainda se encontra pouco desenvolvido em Portugal. Os dados apresentados neste artigo pretendiam contribuir para a descrição das experiências, atitudes e formação dos/as profissionais de saúde face à MGF. Os resultados obtidos indicam que, de um modo geral, os prestadores de cuidados de saúde mantêm atitudes negativas face a MGF e consideram muito importante, em termos médios, definir a MGF como sendo uma violação dos direitos humanos. Igualmente à semelhança com outro estudo realizado em Portugal por Gonçalves (2005), verificou-se que existem poucos profissionais de saúde especializados nesta área. Mais concretamente, cerca de 11.5% da amostra tiveram formação específica, sendo que este desconhecimento pode comprometer a qualidade da assistência médica prestada a mulheres mutiladas que recorrem os serviços de saúde a nível nacional. Os resultados apresentados neste estudo foram, de alguma forma, congruentes com estudos realizados anteriormente, visto que denotam que os/as profissionais de saúde apresentam lacunas de formação na área da MGF (ver Chalmers & Hashi, 2000).

Esta investigação visou conferir uma maior visibilidade a esta temática e alertar os/as profissionais de saúde que existem mulheres imigrantes mutiladas em Portugal que necessitam de cuidados específicos, sendo que este número é passível de aumentar com a intensificação da imigração destas comunidades, praticantes da MGF, para Portugal. Os dados atestam que 13.5% da amostra afirmou inclusivamente que se realiza MGF em Portugal, reforçando a necessidade de formação de profissionais de

saúde nesta área, assim como o delineamento de intervenções que possibilitem a sua erradicação.

Neste estudo, constatou-se que médicos e enfermeiros não apresentam diferenças estatisticamente significativas de formação em MGF. De igual modo, verificou-se que homens e mulheres não possuem atitudes significativamente diferentes perante a MGF. Estes resultados contrariam o pressuposto de que a MGF é um “*assunto de mulheres*” e que, por esse facto, os elementos do sexo feminino se sentiriam mais identificados com a temática e, conseqüentemente, expressariam atitudes mais negativas perante a MGF. Neste contexto, é importante voltar a referir o estudo de Elgaali et al (2005), no qual 69% dos homens da amostra considerava que a MGF deveria ser erradicada e somente 35% das mulheres partilhavam desta opinião. Estes resultados são reveladores de que os homens também se opõem a esta prática e que as intervenções delineadas com o intuito de combater esta prática devem incluir agentes do sexo masculino.

Relativamente às limitações da presente investigação, salientamos que a amostra contemplou somente 52 respondentes devido a fraca taxa de resposta por parte dos/as profissionais de saúde. Desta forma, a amostra não foi nem ampla, nem representativa da sua população e, sendo assim, os resultados obtidos devem ser entendidos no contexto da amostra em estudo, não podendo ser realizadas extrapolações para a população de profissionais de saúde em geral. Porém, não podemos deixar de interpretar esta baixa taxa de resposta, que poderá ser devida a factores gerais como a sobrecarga dos/as profissionais de saúde com tarefas administrativas e outras, diminuindo o tempo disponível e a motivação para participação em estudos; mas que poderá também revelar um desinteresse e desinvestimento destes/as profissionais nesta temática, que constituirá uma barreira à formação e à melhoria de prestação de cuidados a mulheres de minorias étnicas e migrantes.

Ainda assim, pensamos que o presente estudo pode auxiliar a investigação futura nesta área, podendo contribuir com um instrumento mais preciso do ponto de vista metodológico, que permita estudos futuros com amostras mais amplas e representativas. Também do ponto de vista da mudança de atitudes, poderá ser importante continuar a perceber longitudinalmente como evoluem as atitudes dos/as profissionais de saúde e que factores podem contribuir para essa mudança (e.g. formação específica, mudanças legislativas, prática e exposição profissionais, etc...). Finalmente, existe ainda um possível contributo ao nível do desenho de intervenções em serviços específicos, tais como Obstetrícia e Ginecologia, e a avaliação do impacto dessas intervenções.

7 – Referências

- Amnistia Internacional Portugal (2007). *Mutilação Genital Feminina*. Retirado a 10 de Agosto de 2008 de http://www.amnistia-internacional.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=99
- Baron, E., & Denmark, F. (2006). An Exploration of Female Genital Mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 339-355.
- Chalmers, B., & Hashi, K. O. (2000). Four hundred and thirty-two Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation, *Birth*, 27(4), 227–234.
- Elgaali, M., Strevens, H. & Mårdh, P. (2005). Female genital mutilation – An Exported Medical Hazard. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10(2), 93-97.
- Elnashar, A. & Abdelhdy, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 97 (3), 238-244.
- Frade, A. (2004). *Factores culturais, tradição, religião e práticas tradicionais nefastas*. Manuscrito não publicado retirado a 10 de Junho de 2012 de <http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Banners/MGF/FACTORES%20CULTURAIIS.pdf>
- Frade, A. (2007) (Coord). *Por nascer mulher...um outro lado dos Direitos Humanos*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família APF.
- Gonçalves, Y. (2005). *Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família APF.
- Hopkins, S. (1999). A discussion of the legal aspects of female genital mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 926-933.

- Leye, E. (1999). *Medical aspects of female genital mutilation*. Gent: International Centre for Reproductive Health, University of Gent, Bélgica.
- Leye, E. (2008). *Female Genital Mutilation: A study of health services and legislation in some countries of the European Union*. Tese de Doutoramento no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Ghent University, Bélgica.
- Little, C. (2003). Female Genital Circumcision: Medical and Cultural Considerations. *Journal of Cultural Diversity*, 10(1), 30-34.
- Lundberg, P. & Gerezgiher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(2), 214-225.
- Martingo, C. (2007). *O corte dos genitais femininos nos Guineenses residentes em Portugal*. Manuscrito não publicado. Lisboa: Universidade Aberta.
- Oberreiter, J. A. (2008). *A cut for a life time: The case of female Genital Mutilation among the community of Guinea Bissau in Lisbon*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa.
- Organização das Nações Unidas (ONU, 1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Retirado a 10 de Junho de 2012 de <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>
- Organização Mundial de Saúde (1997). *Female genital mutilation: A joint WHO/UNFPA statement*. World Health Organisation, Geneva. Retirado a 21 de Fevereiro de 2008 de <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Integrating the prevention and the management of health complications into the curricula of nurse and midwifery: A Student's Manual*. Department of Reproductive Health and Research, World Health

Organization, Geneva. Retirado a 21 de Fevereiro de 2008 de

<http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Research on the sociocultural aspects of female genital mutilation: Call for proposals*. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva. Retirado a 21 de Fevereiro de 2008 de <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>

Organização Mundial de Saúde (2006). *Progress newsletters: Female Genital Mutilation – new knowledge spurs optimism*. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva. Retirado a 21 de Fevereiro de 2008 de <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>

United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW, 1979). *Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres* (versão em inglês). Retirado a 10 de Junho de 2012 de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>