

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Largo Prof. Abel Salazar, 2. 4099-003 Porto

Considerações Clínicas e Dinâmica Cultural da Mutilação Genital Feminina

Mestrado Integrado em Medicina
Disciplina Dissertação / Projecto / Relatório de Estágio

Autor: Catarina Luísa Coelho Góis

Orientador: Doutor Serafim Manuel Rocha Guimarães

Junho 2009

Agradecimentos

Com este capítulo pretendo mostrar o meu agradecimento por quem, de forma directa ou indirecta, contribuiu para a realização deste projecto.

Em primeiro lugar há que agradecer o Doutor Serafim Manuel Rocha Guimarães, a sua orientação e acompanhamento constante na realização desta dissertação.

À minha família, em particular aos meus pais, por tudo o que têm feito, desde o conforto que me deram até à confiança que sempre tiveram em mim. Ao meu mano por estar sempre comigo.

Ao Duarte, pela ajuda, paciência e pelos bons tempos juntos.

“O estudante de medicina deve coletar e avaliar os fatos. Os fatos estão no paciente.”

Abraham Flexn

Considerações Clínicas e Dinâmica Cultural da Mutilação Genital Feminina

Clinical View and Cultural Dynamics of Female Genital Mutilation

Catarina Góis, Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

ABSTRACT

Female genital mutilation (FGM) is a term now generally accepted for the traditional practices that entail injury or removal of part or all of the external genitalia of young girls and women.

Every year, two million girls and women are subjected to genital mutilation/cutting, a dangerous and potentially life-threatening procedure that causes unspeakable pain and suffering. This practice violates young girls' and women's basic human rights, denying them of their physical and mental integrity, their right to freedom from violence and discrimination, and in the most extreme case, of their life.

Palavras-chave: Mutilação Genital Feminina, complicações, considerações culturais, aspectos legais.

INTRODUÇÃO

A Mutilação Genital Feminina (MGF) é uma prática que afecta milhões de mulheres em todo o mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu MGF como sendo qualquer procedimento envolvendo a remoção total ou parcial dos órgãos genitais externos ou outros procedimentos por razões culturais, religiosas e não-terapêuticas¹.

Na década passada com o fluxo migratório e de refugiados oriundos de países onde a MGF é prática comum, esta tornou-se um problema global.

Pensa-se que a MGF seja praticada há mais de 3000 anos, tendo surgido provavelmente no Egipto, na zona do Vale do Nilo².

Estima-se que existam actualmente cerca de 130 milhões de vítimas da prática de MGF, e que 2 milhões estejam em risco por ano^{1,3}.

Actualmente é praticada no seio de comunidades imigrantes e de refugiados em todo o mundo - Europa Ocidental (Dinamarca, França, Reino Unido, Itália, Suécia, Holanda) Canadá, EUA, Austrália e Nova Zelândia. As taxas de prevalência mundiais são desconhecidas devido à pouca documentação. Informações recentes usando dados demográficos e dados dos serviços de saúde sugerem que a MGF é muito mais prevalente do que inicialmente se pensava².

Esta prática foi referida como sendo uma circuncisão feminina. No fim dos anos 70 (séc. XX) o termo Mutilação Genital Feminina foi adoptado, de forma a realçar a violação dos direitos das crianças e mulheres^{1,6}.

TIPOS DE MGF

A OMS classificou a MGF em 4 grupos: tipo I, excisão do prepúcio e excisão total ou parcial do clítoris; tipo II, excisão do prepúcio e do clítoris com excisão parcial ou total dos pequenos lábios; Tipo III, Infibulação ou excisão total ou parcial dos órgãos genitais externos; Tipo IV, perfuração, colocação de piercing, incisão, esticar ou outros procedimentos danificantes ao clítoris ou lábios^{1,2,4,7}.

O Tipo III é a forma mais extrema e pode estar associada a mais complicações médicas^{1,4}.

DINÂMICA CULTURAL E SOCIAL

Factores sociais e demográficos (idade, educação, religião, etnia e rituais) alteram as taxas de prevalência. A MGF é praticada, na sua maioria, entre os 4 e os 14 anos de idade². A prevalência da MGF é maior entre mulheres com menor nível educacional em alguns países². A MGF é praticada em várias religiões, incluindo a Católica, Muçulmana e Judaica⁴, no entanto há maior prevalência na religião Muçulmana que em praticantes de outras religiões. A etnia parece ser a variável mais significativa na prática da MGF.

A importância dos aspectos cerimoniais associados à MGF está a diminuir em muitas comunidades, no entanto está associada a cerimónias em que são dados presentes, dinheiro e comida^{2,8}.

A grande maioria das crianças e mulheres são submetidas à MGF pelos membros mais velhos da comunidade sendo normalmente mulheres⁸. Na maior parte dos países os profissionais de saúde não estão envolvidos, excepto no Egipto onde em 2000 foi estimado que 61% dos casos foram realizados por profissionais de saúde². Quando o procedimento é efectuado sem anestesia, a mulher ou criança é presa na posição ginecológica por outras pessoas.

Este método pode levar ao trauma e a fracturas ósseas. Em algumas cidades este procedimento é feito sob anestesia, no entanto em grande parte dos sítios rurais esta não está disponível. Os instrumentos utilizados, não são esterilizados de um procedimento para outro, podendo levar á transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ou à morte. Foram relatados instrumentos, tais como tesouras e pedras pontiagudas.

Após o procedimento muitos praticantes prescrevem um período de repouso, outros ligam os tornozelos às ancas para melhorar o processo de cicatrização.

A MGF é muitas vezes um pré-requisito para o casamento. Assim as mulheres que não se conformam com as normas da sociedade, são excluídas da comunidade e não podem casar.

O medo do julgamento das mulheres que vivem nos países industrializados faz com que não tenham um acompanhamento médico correcto^{1,9}.

Os motivos para a realização da MGF são: socioculturais, higiene/saúde, razões espirituais/religiosas e psico-sexuais.

Os motivos socioculturais dependem de algumas comunidades acreditarem que as raparigas não se tornam mulheres maduras, não terão o direito de se juntar às raparigas da sua idade enquanto não forem submetidas à MGF. Outros acreditam que os órgãos genitais externos têm o poder de cegar a pessoa que

está a dar assistência ao nascimento de uma criança, como poderá causar a morte do recém-nascido ou a morte do marido. Também é mantida por assegurar a virgindade da mulher, sendo este um pré-requisito para o casamento.

As razões que sustentam a hipótese da higiene consistem que as comunidades que realizam MGF acreditam que os órgãos genitais externos são feios e sujos e vão crescer se não forem cortados, assim ao remover essas estruturas a criança vai manter-se limpa. As pessoas que realizam a mutilação genital acreditam que põem a criança bonita.

As razões espirituais e religiosas baseiam-se em manter a rapariga espiritualmente limpa. É importante que nem a Bíblia nem o “Koran” subscrevem as práticas da MGF, no entanto as comunidades, principalmente as Muçulmanas acreditam que faz parte da religião.

As razões psico-sexuais que sustentam a MGF derivam da crença de que as raparigas que não são excisadas têm um desejo sexual incontável e assim sendo, têm uma maior probabilidade de perder a virgindade prematuramente e subsequentemente não poderão casar. Acreditam também que ao ser infibulada, o facto de ter o orifício vaginal mais apertado, aumenta o prazer sexual do homem, prevenindo o divórcio e a infidelidade, por outro lado, as mulheres que não conseguem ter filhos, ao

serem submetidas à MGF resolvem o seu problema de infertilidade^{1,3,6}.

COMPLICAÇÕES

A Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia opõem-se à MGF, considerando-a uma prática medicamente reprovável com complicações sérias.

Complicações Físicas a Curto Prazo. Dor severa; dano nos tecidos adjacentes (uretra, vagina, períneo e recto); hemorragia (complicação mais comum⁴), esta pode levar a uma anemia ou choque hemorrágico e consequentemente à morte; choque neurogénico; retenção urinária aguda, que por sua vez leva a infecções urinárias; fractura da clavícula, fémur ou úmero e luxação da anca; não cicatrização; infecção devido às condições de higiene precárias e ao material não esterilizado.

Complicações a Longo Prazo. Dificuldade na passagem da urina (como resultado de dano na uretra); infecções urinárias recorrentes (particularmente comum na mutilação do tipo III e se estas não forem tratadas pode levar à formação de cálculos renais ou lesões renais); infecções pélvicas, que podem acometer as trompas de Falópio e os ovários e tornar-se crónicas; infertilidade; cicatriz colóide; quistos e abscessos; dificuldades durante a

menstruação; fístula vesico-vaginais e recto-vaginais e incontinência urinária ou fecal.

Complicações Psicossociais. A MGF normalmente é realizada em crianças não informadas e são frequentemente precedidas de actos de intimidação e violência por parte parental e amigos. Em alguns casos as crianças são obrigadas a assistir à Mutilação Genital Feminina de outras crianças, o que pode causar problemas psicossociais graves. Para algumas, a mutilação é uma ocasião marcada pelo medo, submissão, inibição e supressão de sentimentos. É um marco no seu desenvolvimento mental, uma memória que fica para sempre. Algumas mulheres relatam um percurso sexual associada à dor e a menstruação chega a ser tão dolorosa quanto a sua experiência de mutilação. Muitas destas crianças e mulheres expressam sentimentos de humilhação, inibição e medo que acabam por fazer parte das suas vidas. Com outras torna-se difícil ou mesmo impossível falar da sua experiência pessoal mostrando contudo, uma grande ansiedade e um estado de tristeza tão profundo que reflecte bem a sua dor emocional. As crianças podem sofrer sentimentos de traição e fúria quando sujeitas a este procedimento apesar de receberem muitas vezes apoio dos familiares no período pós-mutilação. A MGF resulta posteriormente numa crise de confiança com os familiares e amigos,

levando a implicações sérias a longo prazo. Para algumas das crianças e mulheres, este tipo de experiência pode ter implicações psicológicas semelhantes a uma violação. A MGF tem vindo a ser associada a um vasto número de distúrbios psicossomáticos (associados aos hábitos de dormir, comer e a alterações de humor, insónias, pesadelos, perda de apetite, perda de peso, ganho excessivo de peso, ataques de pânico, dificuldade de concentração e aprendizagem e outros sintomas de stress pós-traumático) ^{1, 4, 6, 9, 10, 11}.

Com o crescimento, as mulheres desenvolvem sentimentos de baixa auto-estima, depressão, ansiedade crónica, fobias, pânico e desordens psicóticas. Muitas sofrem em silêncio.

As raparigas que não foram submetidas à MGF podem ser socialmente estigmatizadas, rejeitadas pelas suas comunidades e impedidas de casar localmente.

Complicações Sexuais. Dispareunia, vaginismo e inibição do coito por medo da dor, o que pode levar a problemas conjugais ^{1, 4, 6, 9, 10}.

Complicações Obstétricas. Problemas durante o parto são comuns principalmente nas formas severas de MGF devido à oclusão parcial ou completa do orifício vaginal.

Quanto maior a mutilação, maiores são as complicações. A MGF tipo III representa um

obstáculo à observação do colo uterino e à realização de toques vaginais durante o trabalho de parto. Também impossibilita a realização da algaliação, de partos eutócitos e pode levar à incontinência¹⁰.

A solução é a Desinfibulação, que é recomendada a todas as mulheres que sofrem de complicações a longo prazo. Este procedimento consiste em reverter o processo de infibulação. Resolve a maioria das complicações e ajuda a restaurar os órgãos genitais externos da mulher com clítoris intacto ⁵.

MGF NO MUNDO DESENVOLVIDO

A MGF é uma violação dos direitos humanos, colocando crianças e mulheres em risco de vida.

De acordo com alguns juristas, a MGF é ilegal em todo o código criminal que puna ofensas corporais. Contudo, a falta de vontade para aplicar esta interpretação do código criminal à MGF faz com que muitos peçam leis específicas nacionais para proibir a prática. Entre os países com populações africanas imigrantes, legislação contra MGF foi primeiro aprovada na Suécia em 1982 (que proibiu os profissionais de saúde de realizarem a operação), seguida do Reino Unido em 1985, Austrália em 1994 e Noruega em 1995. Nos estados Unidos, a lei impede os pais de tirar as filhas do país para as submeter à MGF. Não há leis específicas contra a

MGF na Dinamarca, França ou Holanda, mas um caso levado aos tribunais na década de 80 (séc. XX) considerou a prática ilegal na França. Muitos países como o Canadá, Inglaterra e Austrália aprovaram medidas que proíbem a MGF e a “re-infibulação” após o parto. Na Espanha, os pais estão sujeitos a penas de prisão de 6 a 12 anos e à perda do poder paternal. Os profissionais de saúde são punidos se não intervirem de forma a prevenir estas práticas ⁹.

MGF E A LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Portugal integra a lista dos países de risco no que concerne à prática da Mutilação Genital Feminina, um acto de extrema violência que compromete o futuro de milhões de crianças¹². No entanto em Portugal não existe legislação específica sobre a MGF.

No entanto o Artigo 144º do Código Penal - ofensa à integridade física grave- refere que privá-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-lo grave e permanentemente, tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem, pode ser punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

No Artigo 150º do Código Penal – intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, refere que um médico ou profissional de saúde equiparado realizar este procedimento pode ser punido por lei com uma pena de prisão até 2 anos ou pena de multa de 240 dias¹³.

RECOMENDAÇÕES E INTERVENÇÕES

Foram identificados vários elementos necessários para gerar um processo de mudança social e encorajar o abandono rápido e generalizado desta prática. Nomeadamente, formar profissionais para a detecção, reconhecimento e intervenção em famílias e crianças em risco; perceber a posição dos pais, sem julgar, sobre a MGF. Transmitir respeito pelas suas práticas tradicionais, mas desaprovar a mutilação e explicar as consequências físicas e psíquicas para as crianças. Explicar e educar sobre a anatomia dos órgãos genitais femininos, explicar as complicações do acto e as implicações jurídicas. Intervir nas comunidades, nas escolas, nas associações de emigrantes e nos serviços sociais. Incentivar os professores a debater com os alunos questões da MGF, a identificar crianças em risco e facilitar a intervenção. Aumentar a informação disponível nos media, acabando com o silêncio, tornando a discussão pública ⁶.

DILEMAS

Peter Moschovis afirma que a MGF é errada porque viola os valores morais universais e prejudica a relação médico paciente em toda a sua extensão. No entanto os médicos são obrigados a respeitar as diferenças socioculturais o que leva ao Relativismo Cultural (todas as práticas são igualmente válidas e é inadequado fazer julgamentos a outra cultura) ¹⁵.

Para diminuir a frequência da MGF, é primeiro necessário considerá-la uma prática inaceitável. Deste modo somos confrontados com 2 dilemas: MGF vs Cirurgia Plástica e Abandono vs Medicalização.

Conroy afirma que a frequência da MGF não está a aumentar em lado nenhum do mundo no entanto, quando as mulheres encaram as suas variações anatómicas fisiológicas naturais como um defeito podem recorrer à cirurgia plástica (Vaginoplastia a laser / vaginoplastia de rejuvenescimento), então Conroy confronta com a definição da OMS da MGF, o que leva a um novo termo, Mutilação genital Feminina Avançada¹⁶.

A medicalização da MGF consiste no método segundo o qual as crianças são submetidas à MGF por profissionais qualificados em instituições de saúde, em vez de praticantes tradicionais ⁶. Esta prática está em ascensão em alguns países, nomeadamente Egito, Guiné e Mali¹⁴. Não existem

fundamentos que confirmam que a medicalização é um passo para o abandono / redução da prática.

Alguns autores acreditam que a medicalização não reduz a severidade do procedimento e até pode contribuir para um aumento da sua prática. Deste modo é necessário mudar atitudes, crenças e comportamentos. As comunidades precisam de reconhecer os danos causados pela MGF. O casal deve abandonar conjuntamente esta prática. As comunidades precisam de afirmar publicamente o seu compromisso colectivo no abandono da MGF. As comunidades devem atrair as comunidades vizinhas para que a sua decisão de abandonar a MGF seja divulgada e sustentada. As comunidades precisam de dispor de conhecimentos em matéria de direitos humanos e reconhecer a respectiva aplicação no seu dia-a-dia. Precisam de um ambiente que apoie a mudança, que inclua medidas legislativas e políticas, fóruns para debate público, apoio por parte dos chefes religiosos e outros líderes de opinião e mensagens na comunicação social que sejam sensíveis do ponto de vista cultural ¹⁴.

CONCLUSÕES

A MGF é um problema global. Não é praticada apenas em África e no Médio Oriente, mas também em crianças e mulheres que vivem em comunidades imigrantes nos países industrializados em todo o

mundo. A percentagem da população feminina que é submetida à MGF, os tipos de excisão e a idade em que essa prática é realizada variam muito de país para país. A MGF ocorre em uma escala muito maior do que se pensava anteriormente. A MGF não é ditada por nenhuma religião, embora sejam apresentadas justificações de carácter religioso para esta prática. Em todas as suas variantes, a MGF é muito dolorosa e pode causar complicações. Muitas crianças e mulheres sofrem em silêncio. Devido à natureza privada desta imposição, é impossível calcular o número de vítimas mortais. Por fim, a MGF é uma questão de direitos humanos. Essa prática constitui uma violação do direito das crianças e mulheres à integridade física, mental e do seu direito à vida. A prática também constitui uma violação dos direitos da criança ao desenvolvimento, à protecção e à participação.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Cathleen M, Female Genital Mutilation: Cultural Awareness and Clinical Considerations, American College of Nurse-Midwives, volume 52, No 2, Março/Abril 2007
- 2- Female Genital Mutilation/Cutting 2005, A statistical exploration, UNICEF 2005
- 3- Gruenbaum E, Culture, health & Sexuality, Socio-cultural Dynamics of female genital cutting: Research findings, gaps, and directions, volume 7, issue 5, Setembro 2005, páginas 429-441
- 4- American academy of pediatrics (Committee on bioethics). Female Genital Mutilation. Pediatrics. 1998. Volume 102. No 1.
- 5- Nawal M, Defibulation of treat Female genital Cutting, Obstetrics & Gynecology, Vol. 108, No 1, Julho 2006
- 6- Female Genital Mutilation, A student's Manual, WHO 2001
- 7- Elmusharaf S, Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study, BMJ, doi:10.1136/bmj.38873.649074.55, 27 Junho 2006
- 8- Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting, Innocenti research center, UNICEF 2005
- 9- In amnistia Internacional, Secção portuguesa; coord. Hélder Vieira dos Santos, Mulheres e direitos humanos, Lisboa: A. I., A. P., 1995
- 10- Carcopino X, Les mutilations génitales féminines: généralités, complications et prise en charge obstétricale, J gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33: 378-383
- 11- Mutilação genital feminina, Amnistia Internacional Portugal, 6/2/2007

- 12- Santos. A; Arquivos por Categoria: Mutilação Genital Feminina; Abril 26, 2006
- 13- Código Penal Português
- 14- Comunicado à Imprensa 24/11/05, Mudar uma Convenção Social Nefasta: a Excisão / Mutilação Genital Feminina
- 15- Moschovis P, Female Genital Mutilation, *JAMA*. 2002;288(9):1131-1132
- 16- Conroy R. Female Genital Mutilation: whose problem whose solution?, *BMJ* 2006; 333:106-107
-

O Discente

(Catarina Luísa Coelho Góis)