



# GUIA DE FORMAÇÃO ACADEMICA MULTISSETORIAL SOBRE CORTE/MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

## DIRETORAS

Laura Nuño Gómez e Adriana Kaplan

## COORDENADORAS

Magaly Thill e Nora Salas Seoane



**MAP-FGM**

MULTISECTORAL ACADEMIC PROGRAMME  
TO PREVENT & COMBAT FEMALE  
GENITAL MUTILATION / CUTTING



# Tabela de conteúdos



Introdução ao Guia de Formação Académica  
Multissetorial sobre C/MGF



**CAPÍTULO 1.** Uma introdução ao C/MGF



**CAPÍTULO 2.** Um entendimento aprofundado do C/MGF



**CAPÍTULO 3.** Medicina, enfermagem e partos



**CAPÍTULO 4.** Direitos humanos, direito penal e de asilo



**CAPÍTULO 5.** Serviço social, educação e psicologia



**CAPÍTULO 6.** Antropologia e desenvolvimento internacional



**CAPÍTULO 7.** Estudos feministas e de género



**CAPÍTULO 8.** Comunicação e media

A.A.

Lista de abreviaturas



Instituições e autores



Tabelas, caixas e mapas



Referências bibliográficas



A.A.





# Introdução

ao Guia de Formação Académica Multissetorial  
sobre C/MGF





# Introdução

ao Guia de Formação Académica Multissetorial sobre C/MGF

## RESUMO

1. O Programa Académico Multissetorial para Prevenir e Combater o C/MGF
2. O Guia de Formação Académica Multissetorial sobre C/MGF
3. Como e porquê utilizar o Guia de Formação Académica Multissetorial sobre C/MGF

**Laura Nuño Gómez**

*Diretora do Observatório de Igualdade de Género da Universidade Rey Juan Carlos*

**Adriana Kaplan**

*Diretora do Observatório Transnacional de Pesquisa Aplicada a Novas Estratégias para a Prevenção do Corte/Mutilação Genital Feminina (C/MGF) da Fundação Wassu-UAB da Universidade Autònoma de Barcelona*

A Mutilação Genital Feminina, também referida como excisão, corte genital feminino ou circuncisão feminina, é uma prática tradicional nefasta com fortes raízes ancestrais e socioculturais. De acordo com os dados da UNICEF, esta prática viola, atualmente, os direitos de mais de 200 milhões de mulheres e raparigas em todo o mundo. Normalmente praticada em 30 países da faixa central de África e alguns países do Médio Oriente e Ásia, o Corte/Mutilação Genital Feminina (C/MGF) difundiu-se aos países de destino para os quais os migrantes ou refugiados viajam com as suas referências culturais. A sua prevalência crescente na Europa nas últimas duas décadas tem sido encarada com preocupação por profissionais e pessoas na administração pública, devido à falta de conhecimento que geralmente demonstram acerca da prática, seus significados culturais, consequências e formas mais eficazes de prevenir ou proteger, bem como de apoiar, as mulheres e raparigas que sofreram C/MGF.

As políticas nacionais de eliminação de violência de género pouca ou nenhuma atenção prestaram ao C/MGF, por falta de uma abordagem interseccional no seu desenvolvimento. Tal gerou um alarmismo que não está isento de subtextos e que estigmatiza as comunidades praticantes como um todo. Como tal, é essencial promover uma abordagem abrangente, culturalmente contextualizada e com a necessária perspetiva de género, que enfatize a prevenção e o cuidado adequado. Só eles podem evitar a re-vitimização e/ou a discriminação das sobreviventes.



**A.A.**





## 1. O programa académico multissetorial para prevenir e combater o C/MGF

O Programa Académico Multissetorial para Prevenir e Combater a Mutilação Genital Feminina<sup>1</sup> (MAP-FGM) destina-se a contribuir para a defesa dos direitos humanos das mulheres, incluindo os seus direitos sexuais e reprodutivos, através da intervenção preventiva multidisciplinar da prática e da proteção efetiva das raparigas em risco. O Projeto MAP-FGM, cofinanciado pela Comissão Europeia, constitui um programa inovador bianual que procura sensibilizar e preparar futuros profissionais de diferentes campos e especialidades que podem, no futuro, vir a estar em contato com populações provenientes de países onde o C/MGF é praticado.

A investigação e ampla experiência, desde 1989, do Observatório Transnacional de Pesquisa Aplicada a Novas Estratégias para a Prevenção do C/MGF, demonstra que os/as profissionais que trabalham em contato direto com as famílias desempenham um papel crucial na prevenção da prática. Os/as profissionais legítimos que construíram as suas relações de confiança com as famílias, e que contribuem para reforçar o seu desenvolvimento biopsicossocial, são os que estão melhor preparados para prevenir a prática, através da utilização de recursos sociais e humanos. Como tal, é patente a necessidade de introduzir o C/MGF nos currículos académicos das universidades, onde são formados os futuros profissionais que terão de lidar com esta questão complexa de forma sensível, com respeito e conhecimento.

Para o concretizar, uma equipa multidisciplinar desenvolveu este Guia Multissetorial, disponível em seis línguas, com conteúdos de formação para serem aplicados às diferentes licenciaturas disponíveis nas cinco universidades europeias envolvidas nesta experiência piloto. Especificamente nas ciências da saúde, ciência legais, sociais, políticas, educacionais e de comunicação, para que pelo menos 500 alunos recebam uma formação abrangente que os prepare para prevenir e proteger eficazmente raparigas e mulheres em risco de serem submetidas ao C/MGF.

O projeto pretende estimular a sensibilidade e favorecer a troca de conhecimento e de experiências entre professores universitários, investigadores, especialistas, administrações públicas e ONG de diferentes países europeus, africanos e asiáticos. Com esse objetivo em mente, os parceiros irão organizar quatro conferências internacionais e seminários em Madrid, Bruxelas, Lisboa e Roma, e os resultados serão publicados no site do Projeto (<http://mapfgm.eu/>). Aspirando a envolver uma audiência mais ampla, o MAP-FGM irá difundir e disseminar periodicamente os seus resultados através de newsletters eletrónicas, publicações e material audiovisual.

## 2. O guia de formação académica multissetorial sobre C/MGF

O Guia de Formação Académica destina-se a promover e a facilitar a incorporação de conteúdo académico sobre C/MGF em diferentes licenciaturas universitárias como medicina, enfermagem, educação,



A.A.





psicologia, serviço social, direito, criminologia, antropologia, cooperação internacional para o desenvolvimento, estudos de género e feministas, comunicação e jornalismo. O Guia foi desenhado por profissionais do ensino e da investigação de diferentes disciplinas ligados à Universidade Rey Juan Carlos, à Universidade Autónoma de Barcelona, à Universidade Roma Tre, ao Instituto Universitário de Lisboa e à Vrij Universiteit de Bruxelas, e especialistas de duas fundações com uma ampla trajetória no campo da intervenção (Fundação Wassu-UAB e Fundação Angelo Celli).

O objetivo do Guia é oferecer, de forma estruturada e acessível, conteúdos de ensino para a formação de futuros/as profissionais que podem desempenhar um papel-chave na prevenção e abandono da prática e na assistência a mulheres e raparigas. Nesse sentido, pode ser útil para os professores universitários, para as autoridades académicas ou para os/as estudantes interessados em adquirir conhecimento académico e profissional especializado no assunto. O seu carácter multissetorial deriva da participação de autores/autoras provenientes de diferentes disciplinas, com vários focos conceituais e epistemológicos. A pluralidade de perspetivas reunidas neste Guia reflete a intensidade dos debates académicos e a complexidade dos dilemas teóricos e práticos que o abandono do C/MGF coloca, tanto nos países de origem como nos de destino.

### 3. Como e porquê utilizar o guia de formação académica multissetorial sobre C/MGF

O Guia de Formação Académica Multissetorial sobre C/MGF está organizado em duas partes. A primeira, comum a todas as disciplinas, oferece informação básica sobre C/MGF (Capítulo I, Uma introdução ao C/MGF), bem como dados úteis para o seu conhecimento mais profundo (Capítulo II, Um entendimento aprofundado do C/MGF). O conteúdo destes dois capítulos será de interesse e utilidade para todo o corpo docente e discente, independentemente da sua especialidade, e constitui uma abordagem inicial ao conhecimento de base sobre o C/MGF.

A segunda parte, formada por seis capítulos setoriais, tem um desenho metodológico adaptado à atividade docente das licenciaturas universitárias, e pós-graduações, em medicina, enfermagem e parto (Capítulo III), direito e criminologia (Capítulo IV), serviço social, educação e psicologia (Capítulo V), antropologia e estudos culturais (Capítulo VI), estudos de género e feministas (Capítulo VII) e comunicação e jornalismo (Capítulo VIII).

Para atingir os objetivos e as competências didáticas de cada disciplina, cada capítulo setorial foi desenvolvido por um grupo interuniversitário de especialistas. A composição de cada grupo reflete-se no índice do Guia. Estes capítulos fornecem conteúdo conceitual e teórico, informação prática e recomendações, excertos de entrevistas etnográficas, recursos bibliográficos e audiovisuais, diferentes propostas de debates, atividades,



A.A.





dilemas e questões para utilizar na sala de aula e exercícios de avaliação. O material foi compilado com o objetivo de facilitar a incorporação da temática nos currículos formativos.

Esperamos que o Projeto MAP-FGM seja um instrumento útil para a integração da perspectiva do género no ensino universitário, com a

finalidade de promover e defender os direitos das mulheres e das raparigas, independentemente da sua classe social, confissão religiosa, identidade ou orientação sexual, diversidade funcional, nacionalidade, lugar de origem ou identidade cultural.



**A.A.**





**FGM/C**

Corte ou Mutilação Genital Feminina

0:18 / 7:03 HD

VEINE VIDEO ONLINE





# Capítulo I

Uma introdução ao C/MGF



A.A.





# Capítulo I

## Uma introdução ao C/MGF

### RESUMO

1. Definições, terminologia e tipos de C/MGF  
*(Adriana Kaplan e Nora Salas Seoane, Fundação Wassu-UAB)*
2. Historicidade do C/MGF e agendas anti-C/MGF  
*(Ricardo Falcão, ISCTE-IUL)*
3. Perspetivas antropológicas  
*(Francesco Pompeo, Universidade Roma3)*
4. As consequências do C/MGF *(Els Leye, VUB)*
5. Violência contra as mulheres e enquadramento internacional dos direitos humanos *(Laura Nuño Gómez e Magaly Thill, URJC)*

### 1. Definições, terminologia e tipos de C/MGF

*Adriana Kaplan e Nora Salas Seoane (Fundação Wassu-UAB)*

O Corte/Mutilação Genital Feminino/a (C/MGF) é uma prática antiga que se mantém como uma tradição profundamente enraizada e apoiada por uma complexidade de significados simbólicos e culturais. É praticado principalmente em 30 países da África Subsariana, no Médio Oriente (Curdistão Iraquiano, Líbano) e Ásia (Indonésia, Malásia) (UNICEF 2016). Hoje em dia, o local torna-se global: os migrantes transportam consigo as suas culturas e a prática acaba por generalizar-se entre as diásporas em todo o mundo (Europa, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, entre outros).

O C/MGF é definido pela World Health Organization<sup>2</sup> (WHO 2016) como ‘todos os procedimentos que envolvem a remoção total ou parcial da genitália feminina externa, ou qualquer outra lesão dos órgãos genitais por razões não médicas’. A UNICEF estima que 200 milhões de mulheres tenham sido vítimas desta prática e que mais de 63 milhões de meninas possam vir a sê-lo até ao ano 2050 (UNICEF 2016). A prática é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos das mulheres e das raparigas, constituindo uma forma de discriminação extrema contra as mulheres. Contudo, a prática também está associada ao cuidado que as mães demonstram para com o futuro das suas filhas, atribuindo às raparigas uma identidade étnica e de género (Kaplan, Hechavarría e Puppo 2015).



A.A.





O C/MGF é um assunto extremamente sensível, complexo e politizado, que não se compreende facilmente através de definições ou classificações normativas, ou delimitações geográficas (as quais tentaremos explorar ao longo deste guia). Os meios de comunicação social geralmente difundem notícias sensacionalistas sobre o C/MGF, tendo contribuído para uma visão geral deste tema como uma prática hedionda que é levada a cabo por povos ‘primitivos’. Tem havido, e ainda há, um grande debate sobre como denominar esta prática – tanto ao nível internacional, como dentro da academia e das comunidades que a praticam. Como sustenta Sara Johnsdotter, neste âmbito existe uma divisão do trabalho entre investigadores e ativistas (Johnsdotter 2012).

A prática tem sido apelidada de circuncisão feminina (CF), ou simplesmente circuncisão. O termo refere-se a uma prática cultural efetuada em ambos os sexos, um rito de passagem para a idade adulta, cujo significado não acarreta violência ou agressão. Este termo é defendido por grupos com posicionamentos relativistas e utilizado pelas comunidades praticantes. Comunidades muçulmanas, como as do Sudão e Etiópia, também referem esta prática como *Sunna* (uma tradição ou recomendação) ou utilizam o nome nas suas línguas locais. Por exemplo, os Mandinka, um grupo étnico que vive na Gâmbia e no Senegal, utilizam o termo *ñyaka*; em Somali é designado por *gudniin gadbahaada*, sendo estes os nomes que têm um significado simbólico e menos emocional. Os nomes locais, quando utilizados junto das comunidades durante intervenções preventivas que pretendem evitar a prática, são considerados menos estigmatizantes porque demonstram respeito pela cultura. Utilizar expressões como

‘corte’, ‘cortar’ ou ‘mulher cortada’ ao estabelecer-se o diálogo com grupos praticantes é não só encorajado, mas também entendido como respeitoso (Kaplan 2003). O termo ‘circuncisão’ tem sido criticado porque implica uma comparação da circuncisão feminina à circuncisão masculina, embora a versão feminina prive a mulher de um órgão e seja muito mais invasiva que o procedimento masculino, e com consequências mais graves para a saúde.

Na década de 1970, o termo ‘mutilação genital feminina’ (MGF) foi introduzido para salientar a violação dos direitos das mulheres e raparigas, principalmente por ativistas feministas.<sup>3</sup> No início dos anos 1990, o Comité Inter-Africano sobre Práticas Tradicionais (IAC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a utilizar este termo, anunciando assim a entrada do C/MGF nas agendas dos direitos humanos e da violência baseada no género. Desde a última declaração comum das Nações Unidas em 2008, a MGF é considerada como a designação mais adequada para defender o abandono da prática a nível internacional.

A prática também tem sido referida como sendo parte de práticas tradicionais nefastas (PTN) que afetam a saúde de mulheres e raparigas. Isto implica a referência a outras tradições, tais como casamentos precoces, ‘engomar’ os seios (breast-ironing), amarrar os pés (foot-binding) ou ainda crimes de honra.

O termo ‘modificação genital feminina’ (MoGF) tem sido preferido ao de ‘mutilação genital feminina’, o qual pode remeter para a ‘utilização



A.A.





ambígua da palavra “mutilação”, que pode ser considerada estigmatizante e contraproducente para o estabelecimento de relações de cuidado efetivas’ (Fusaschi 2014, 95).

Na versão inglesa deste guia a prática é referida como ‘corte/mutilação genital feminina’ (C/MGF). Este termo pretende alargar o âmbito da própria prática e também abranger a necessidade de promover o seu abandono enquanto prática tradicional nefasta, através de uma abordagem respeitadora para a mudança de comportamento. As terminologias da prática variam de acordo com os países e com as línguas e, para cada uma das traduções do guia, os parceiros acordaram em utilizar a designação que consideram mais apropriada.

O C/MGF é praticado maioritariamente em meninas bebés e raparigas, desde o nascimento aos quinze anos, antes do início da menstruação.

Ocasionalmente pode ser efetuado em mulheres adultas e casadas.

A OMS estabeleceu quatro tipos de C/MGF em 1995, tendo esta classificação sido atualizada em 2007 e revista em 2016. Todavia, é importante enfatizar que é frequentemente difícil aplicar esta classificação a um procedimento desempenhado por anciãs, que utilizam lâminas ou navalhas, que podem ter problemas de visão, e que não desempenham esta prática de forma precisa nem em instalações médicas (apesar de a medicalização ser uma tendência crescente). As estimativas atuais indicam que cerca de 90% dos casos de C/MGF incluem os tipos I ou II, além dos casos em que os genitais femininos são escarificados, sem a remoção de tecido (incluídos no tipo IV). Cerca de 10% das ocorrências são de tipo III. Esta é uma classificação exclusivamente biomédica, não levando em linha de conta a abordagem da medicina global relativamente ao assunto.

**TABELA 1:**

**Tipos de C/MGF com base na classificação da OMS (WHO 2016)**

<b>TIPO I</b>	Remoção parcial ou total do clítoris e/ou prepúcio (a prega de pele à volta do clítoris). Na cultura muçulmana, este tipo é conhecido como <i>Sunna</i> ('tradição'), e é comparado à circuncisão masculina.
	<b>TIPO Ia:</b> Remoção do prepúcio/capuz do clítoris ( <i>circuncisão</i> ).
	<b>TIPO Ib:</b> Remoção do clítoris e prepúcio ( <i>clitoridectomia</i> ).



A.A.





## TIPO II

Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios (as pregas interiores da vulva), com ou sem a excisão dos lábios maiores (as pregas de pele exteriores da vulva). É também conhecida por *excisão*.

**TIPO IIa:** Remoção apenas dos pequenos lábios.

**TIPO IIb:** Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios.

**TIPO IIc:** Remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios.

## TIPO III

Estreitamento do orifício vaginal através do corte e suturação dos pequenos lábios e/ou grandes lábios, selando a vulva, com ou sem a excisão do clítoris. Na maioria das circunstâncias as partes cortadas dos lábios são cosidas conjuntamente, o que é referido como *'infibulação'*. Este tipo é por vezes conhecido como *'Faraónico'* e o nome vem da palavra latina *"infibulare"* ("apertar com um fecho").

**TIPO IIIa:** Remoção e aposição dos lábios menores com ou sem excisão do clítoris.

**TIPO IIIb:** Remoção e aposição dos lábios maiores com ou sem excisão do clítoris.

## TIPO IV

Todas as outras práticas prejudiciais para a genitália feminina por razões não médicas, por exemplo: picagem, piercing, incisão, raspagem ou cauterização. Exemplos detalhados incluem:

- Picagem, piercing ou incisão no 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 e com vista ao estreitamento da vagina;
- Qualquer procedimento que caiba na definição de C/MGF acima mencionada.



A.A.





'*Desinfibulação*' refere-se à prática de abrir o orifício vaginal selado numa mulher que foi infibulada. É um procedimento frequentemente necessário para as relações sexuais, para facilitar o parto ou para melhorar a saúde e bem-estar da mulher. '*Reinfibulação*' refere-se ao procedimento de estreitar o orifício genital numa mulher após esta ter sido '*desinfibulada*' (por exemplo, após o parto). Também é conhecido como recosimento.

A cirurgia cosmética genital (CCG) não foi incluída na tipologia aqui apresentada. Esta prática tem aumentado de forma preocupante nos últimos anos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. A Sociedade Americana para a Cirurgia Plástica e Estética reportou que 400 raparigas com 18 anos de idade, ou menos, fizeram labioplastias em 2015 – um aumento de 80% face às 222 raparigas registadas em 2014. Um relatório britânico de 2013 concluiu que o número de labioplastias realizadas pelo Serviço Nacional de Saúde aumentou cinco vezes em dez anos.<sup>3</sup> Os procedimentos não foram medicamente prescritos e foram decididos maioritariamente por razões estéticas. Outras classificações e tipologias de C/MGF também foram desenvolvidas (Fusaschi 2003, 2011, 157; 2013).<sup>4</sup>

## 2. Historicidade do C/MGF e agendas ANTI-C/MGF

*Ricardo Falcão (ISCTE-IUL)*

A primeira referência explícita à circuncisão feminina foi feita pelo geógrafo e historiador grego Estrabão, por volta do século I a. C., relatando a forma como a prática era zelosamente realizada no Egito. Existem provas, porém, de que a circuncisão feminina pode ter sido uma prática comum nesta região mesmo antes desse período. Descrições mais detalhadas começaram a surgir, de acordo com Sara Johnsdotter, durante os séculos XV e XVI com as viagens europeias a África. Foi mais tarde (principalmente nos séculos XVIII e XIX) que diferentes interpretações se debruçaram sobre as finalidades da prática, tendo originado debates a nível moral, a par de considerações higiénicas e estéticas. No entanto, as origens do C/MGF permanecem desconhecidas (Johnsdotter 2012).

A clitoridectomia e a infibulação também foram praticadas ao longo da história europeia e existem referências médicas desde o século II ao século XVIII. Quando as descrições eram acompanhadas por mais informação, referem que este procedimento era considerado terapêutico no controlo da sexualidade e numa grande variedade de doenças na Europa e na América do Norte. A prática é apresentada como cura para a masturbação, adultério ou lesbianismo, expondo as visões moralizadoras sobre o corpo dos séculos XVIII e XIX.



A.A.





Por volta do primeiro quartel do século XX, a circuncisão feminina começou a ser contestada, tanto ao nível da saúde como da política. Os primeiros relatos da criminalização da prática datam desse período, ocorrendo em países como o Quênia, Egito e Sudão, e sendo promovida pelas autoridades e atores coloniais, e também atores locais, mesmo se movidos por diferentes racionalidades.

Por exemplo, durante a década de 1920 no Quênia, os argumentos médicos foram utilizados por missionários protestantes para denunciar a prática nas regiões mais remotas, onde existiam preocupações acerca de uma suposta associação com hábitos de aborto, baixas taxas de fertilidade e com o rito de iniciação, através do qual as raparigas se tornariam mulheres após a excisão. 'Os missionários protestantes foram parcialmente bem-sucedidos em integrar os grupos humanitários e feministas londrinos na sua campanha. As parlamentares femininas e as organizações de direitos das mulheres afirmaram perante a Câmara dos Comuns que a clitoridectomia deveria ser proibida devido aos perigos que colocava aos bebés e às mães durante o parto (Thomas 1998, 130).'

Se os argumentos médicos pareciam ressoar largamente, o poder colonial, de acordo com Lynn Thomas, parecia estar mais preocupado com o facto de o aborto ser praticado nas comunidades locais em raparigas que engravidavam antes de terem sido excisadas. Este facto impedia o aumento populacional, o qual, por sua vez, 'ameaçava os esquemas económicos de trabalho intensivo' (Thomas 1998, 129). As exigências das parlamentares feministas e dos missionários para a proibição da circuncisão feminina

em todas as colónias chocou com a relutância dos administradores em formalizar a proibição no código penal, porque tal era entendido como uma forma de interferência nas iniciações femininas, optando, ao invés, por uma abordagem 'educativa' e de propaganda.

O exemplo descrito é apenas uma demonstração de como, desde há muito tempo, o debate em torno das proibições do C/MGF tem estado na encruzilhada entre questões de poder e de administração, em oposição a assuntos de legitimidade cultural. Outros exemplos evidenciam os esforços locais para erradicar a prática no Egito, na década de 1920, quando a Sociedade de Médicos Egípcios exigiu a sua proibição (Boddy 2007); ou no Sudão, em 1946, quando a prática foi criminalizada, apesar de ainda existir na atualidade. A historicidade das agendas do C/MGF é marcada por muita tensão entre os que se mobilizam contra a prática e os que a praticam.

O resultado destas agendas foi o produto de décadas de políticas e de ações de sensibilização de uma miríade de diferentes atores, tanto individuais como institucionais. Ao longo do século XX o debate deixou de ser entendido apenas como uma questão de saúde para se tornar uma questão de direitos (humanos) individuais. A história das agendas contra o C/MGF é acompanhada pela mudança, no tempo, da perceção sobre a prática e os seus significados, por parte de indivíduos e comunidades de valores, mas também pelos enquadramentos envolventes através dos quais a prática é percebida e interpretada e os instrumentos legais disponíveis para o combater.



A.A.





O tema da MGF chegou pela primeira vez à ONU em 1952 através da Comissão de Direitos Humanos e, em 1958, o Conselho Económico e Social da ONU apelou à Organização Mundial de Saúde para que estudasse 'as operações baseadas nos costumes [de C/MGF]' mas 'a Organização Mundial de Saúde tomou a posição de que as operações em questão se baseavam em 'fundamentos sociais e culturais' e estariam, como tal, fora da sua competência'. De acordo com Hosken, este reconhecimento fracassado deveu-se também à falta de informação sobre a prática, que ainda era uma realidade ao longo da década de 1970. Instituições como a OMS e a UNICEF acreditavam que o problema deveria ser resolvido pelos líderes políticos dos países africanos (Hosken 1978), salientando a questão da legitimidade cultural, mas também lembrando que, aquando a sua criação, o enquadramento legislativo internacional dos direitos humanos se baseou numa visão androcêntrica do mundo que seria questionada a partir dos anos 1970.

O trabalho das feministas na década de 1970 ajudou a criar a primeira legislação internacional especificamente dedicada a questões de género. Esta foi considerada 'um passo decisivo em direção ao reconhecimento internacional das violações de direitos humanos que ocorrem na esfera privada (Baer 2007, 98)'. Apesar da evolução e dos instrumentos legais que garantem uma espécie de 'carta de direitos' para as mulheres, os primeiros e principais documentos políticos falharam em lidar diretamente com a natureza problemática do C/MGF (Berkovitch 1999). Um desses documentos apenas incluiu uma referência específica a partir de 1990, adotada na nona sessão do Comité para a Eliminação da Discriminação

Contra as Mulheres, publicada com o título Recomendação Geral da CEDAW<sup>5</sup> No. 14: Circuncisão Feminina.

Ainda durante a década de 1970, surgem os primeiros sinais de que uma agenda global sobre os direitos das mulheres se estava a tornar realidade. O C/MGF foi denunciado por médicos indígenas e defensores dos direitos das mulheres, bem como por feministas ocidentais, que internacionalizaram o debate. Dentro do primeiro grupo estava o médico egípcio Youssef El Masry e o seu estudo inovador *The Sexual Tragedy of Arab Women in the Orient*<sup>6</sup> (1962); a denúncia bem fundamentada das consequências sociais, sexuais e na saúde do C/MGF, feita pela médica feminista egípcia Nawal El Saadawi (1969), que também se opunha à circuncisão masculina e foi despedida do Ministério da Saúde Egípcio devido ao seu texto sobre a sexualidade das mulheres; o estudo sistemático da prática do C/MGF no Sudão pela Doutora Asma El Dareer (*Woman, Why Do You Weep?*<sup>7</sup>, 1982); o apelo contra a poligamia, clitoridectomia e infibulação pela senegalesa Awa Thiam (*Speak Out, Black Sisters*<sup>8</sup>, 1978); ou a pesquisa fundamentada de Nahid Toubia e outros testemunhos de experiências com C/MGF, como de Evelyne Accad (1975) ou da serra-leonense Olayinka Koso-Thomas.

As primeiras feministas ocidentais a denunciar o C/MGF nas suas obras foram a autora francesa Benoîte Groult (*Ainsi soit-elle*<sup>9</sup>, 1975) e a feminista americana e professora Mary Daly (*Gyn/ecology: The Metaethics of Radical Feminism*<sup>10</sup>, 1978), mas a publicação que teve as repercussões mais profundas foi o famoso *Hosken Report*<sup>11</sup>, publicado em 1979 pela jornalista Americana Fran P. Hosken, que deu os primeiros números globais



A.A.





da prática do C/MGF, utilizando a linguagem dos direitos humanos e da medicina, mas também insistindo na utilização da expressão 'mutilação'. Mais tarde, o C/MGF foi também denunciado pelas escritoras americanas afro-descendentes Alice Walker e Pratibha Parmar (*Warrior Marks: Female Genital Mutilation and the Sexual Blinding of Women*<sup>12</sup>, 1993).

Apesar de ser utilizado por autoras como Awa Thiam e Nahid Toubia e adotado em 1990 pelo Comité Inter-Africano para as Práticas Tradicionais que Afetam a Saúde das Mulheres e Crianças (IAC), o termo 'mutilação' provocou revolta entre as mulheres africanas, que o viam como uma 'imposição de diferentes regras culturais que celebram os direitos do indivíduo retirado da sua unidade étnica ou familiar (Berkovitch 1999, 490)' e criou um debate importante e significativo entre as teóricas feministas de diferentes ordens epistemológicas e ontológicas. As mulheres africanas também se mobilizaram na erradicação de 'práticas tradicionais nefastas' (que também integram o C/MGF), criando o Comité Inter-Africano para as Práticas Tradicionais que Afetam a Saúde das Mulheres e Crianças (IAC) em 1984.

Entre a década de 1980 e a de 1990, o C/MGF deixou de ser uma questão apenas do ponto de vista da saúde e tornou-se uma questão de direitos humanos, e posteriormente, a partir dos anos 1990, uma forma de violência contra as mulheres (VCM). O enquadramento específico no género da VCM e o reconhecimento do C/MGF como uma ação prejudicial no domínio privado é um passo importante na centralidade das agendas. A criação de vários instrumentos de direito internacional tem, por outro lado, permitido mais enquadramento para a atribuição de fundos contra o C/MGF por

parte das instituições internacionais, na produção de conhecimento e em campanhas. Os últimos vinte anos viram a multiplicação e a consolidação dos instrumentos internacionais disponíveis para lutar contra o C/MGF.

Apesar da proliferação de instrumentos legais, do avanço das legislações nacionais e das capacidades das organizações internacionais, as preocupações acerca do significado de uma governança global humanitária (Fassin 2009) e sobre a estreita abordagem dos direitos humanos relativamente ao C/MGF colocando a ênfase numa lógica de vítimas e salvadores, numa noção essencialista da cultura, servem como avisos contra condenações do C/MGF através da lógica da alteridade cultural. À medida que o C/MGF ganha terreno na Europa, novos desafios às agendas de direitos humanos das comunidades migrantes tornam-se mais visíveis, tal como as agendas conflituais e direitos que não deixam de ter as suas contradições. Estas são também consequências da historicidade específica da institucionalização da luta contra a MGF, os seus enquadramentos e promotores, e os seus âmbitos mais largos e mais estreitos.

### 3. Perspetivas antropológicas

*Francesco Pompeo (Universidade Roma3)*

A antropologia, desde a sua institucionalização no final do século XIX, promove o conhecimento científico acerca da alteridade, assumindo a centralidade epistemológica da diversidade sociocultural na experiência humana. A história



A.A.





da disciplina, com uma investigação quase centenária, fornece uma grande variedade de evidências de terreno sobre C/MGF: a pesquisa etnográfica, realizada em múltiplos contextos sociais, geográficos e históricos, destacou a complexidade destas práticas. O resultado mostra uma grande variedade de situações em termos da idade das raparigas e mulheres submetidas à prática, dos efeitos nos genitais, dos atores envolvidos e dos rituais sociais, dependendo dos diferentes contextos culturais locais: uma visão geral de modalidades e significados que assume significado em relação a cada regime social específico de sexo/género. Apenas a abordagem completa da perspetiva antropológica, desenvolvendo o conhecimento destes universos a partir do seu interior e na sua base, analisando as construções do poder social –ordens de pensamento– e as relações de género, pode ajudar a direcionar um discurso realmente não-etnocêntrico sobre o C/MGF, partilhando finalmente o debate com os atores envolvidos. De um ponto de vista antropológico adequado, cada prática –ritualista ou não– é compreensível apenas em relação com o seu próprio contexto cultural e social. Literalmente, o seu significado é relativo a um conjunto específico de ‘valores’.

Esta abordagem, numa experiência mais profunda de diversidade cultural, com a rejeição da visão evolucionista que caracterizou o pensamento ocidental dominante, foi definida no período pós-guerra da década de 1950 como ‘relativismo cultural’ ou, em vez disso, como uma postura baseada na perspetiva geral de que não existem culturas melhores ou piores per se. Contudo, foi apontado o perigo de um relativismo extremista, absoluto e amoral, no qual a diversidade cultural existe como uma espécie de esfera inquestionável de respeito ou legitimidade. Atualmente, em

muitos manuais antropológicos, o assunto do C/MGF é invocado para salientar os limites do relativismo extremo. O relativismo cultural foi definido como uma abordagem metodológica, primeiro como uma atitude crítica face aos valores culturais de cada um, depois como um padrão de pesquisa baseado numa “suspensão temporária de julgamento”, de modo a separar a observação e a compreensão de qualquer julgamento moral proveniente de uma visão particular. No processo etnográfico, esta retenção de julgamento é a premissa indispensável para descobrir o significado dos outros, enquanto se leva em linha de conta o ponto de vista do investigador. De um modo geral, apenas um relativismo cultural metodológico permite recuperar dados e a sensibilização para o facto de que a corporalidade é cultural e socialmente determinada e corresponde aos modelos, ou anti-modelos, que as sociedades, e os indivíduos numa sociedade capitalista avançada, incorporam e sobre os quais agem.

O debate antropológico que teve lugar nas últimas décadas desenvolveu uma abordagem fortemente crítica e reflexiva (Pompeo 2013). Esta perspetiva atravessa o pós-modernismo e a antropologia feminista, com vista a desconstruir o enfoque universalista ocidental e a descolonizar alguns elementos do seu próprio aparelho de conhecimento, tais como a autoridade etnográfica masculina, propondo ainda uma visão de cultura como um processo em constante mutação, ultrapassando qualquer ideia estereotipada de tradição (Tamale 2008).

Esta perspetiva revela diferentes formas de dominação, tais como presunções ideológicas universalistas, comprometendo-se com a



A.A.





superação da oposição clássica 'nós/eles' (colonizadores e colonizados), denunciando a neutralidade de género como a negação dos papéis das mulheres e a complexidade das dinâmicas de poder numa relação, abandonando qualquer modelo positivista de falsa objetividade e afirmando a necessidade de reconhecer diferenças e subjetividades de uma forma não-sexista. Assim, uma abordagem crítica que também assume uma perspetiva dinâmica promove uma nova consciencialização histórica, através de uma abordagem diacrónica às representações da alteridade e uma revisão genealógica das categorias principais. Por exemplo, o termo 'mutilação genital feminina' foi acreditado pela OMS apenas em 1995, ao invés de 'circuncisão feminina', como resultado da política levada a cabo e coordenada pelas Nações Unidas desde a década de 1950. Em meados da década de 1990 muitas organizações decidiram mudar para a utilização de termos mais 'neutros', tais como 'corte genital feminino', porque consideraram que MGF era uma expressão preconceituosa e pejorativa. Contudo, a linguagem utilizada para denominar estas práticas mantém-se controversa e requer uma consideração ética cuidada em respeito da subjetividade das mulheres.

Neste sentido, na perspetiva antropológica, é absolutamente necessário manter uma atenção forte e crítica à linguagem e às categorias utilizadas para descrever o C/MGF no sentido de evitar atribuições injustificáveis e generalizações fáceis. De um modo mais geral, ao discutir este tópico devemos conter uma atitude que produza estereótipos como consequência de julgamentos eurocêntricos simplistas, especialmente acerca de uma suposta superioridade moral. Alguma retórica pública sobre a MGF, focada

apenas em reclamações e indignação moral, arrisca-se a produzir o padrão colonial de civilizar os 'bárbaros' e a velha ideia de erradicar o 'primitivo' através da luta contra tradições obscurantistas e superstições perigosas. Muitos estudos etnográficos demonstraram que a utilização do termo 'mutilação' entre mulheres com MGF gera muitos problemas porque é entendido como humilhante e depreciativo. A mudança irreversível é, para os atores sociais, frequentemente impercetível como mutilação (Fusaschi; ver Capítulo 11.2). Este é um assunto crucial. A questão que se segue é: como seremos capazes de contribuir para ultrapassar a(s) prática(s) –envolvendo os atores ou estando contra eles? Precisamos mudar a perspetiva de forma antropológica, para estabelecer as condições para o diálogo com as mulheres em causa e que estas sejam capazes de reconhecer as suas subjetividades. Em vez de utilizar o termo 'mutilação' seria melhor utilizar modificação, para construir um espaço 'neutro' com as atrizes sociais, relativamente livre de viés, no qual se desenvolva um diálogo e uma mediação transculturais. Mudar a ênfase não justifica, de modo algum, as práticas. Ao invés, observar o fenómeno a partir da base e de forma alargada (estamos a falar de pessoas e com pessoas) permite-nos compreender como o corpo é socialmente construído em contextos locais e como, através dele, significados ligados às relações entre géneros são atribuídos e negociados.

Recentemente, a antropologia desenvolveu uma reflexão crítica sobre ações e razões humanitárias, com o objetivo de analisar o local e o global. Começando pela representação do 'outro' como 'vítima no ecrã', é possível mostrar como as organizações constroem uma representação de uma



A.A.





'humanidade africana' feita de mulheres e crianças à deriva (Fusaschi 2010). Do ponto de vista destas ONG ou organizações internacionais, a sobrevivência de mulheres e crianças está dependente dos seus projetos de desenvolvimento, inspirados por uma ideologia moral e pedagógica. Os debates sobre África sugeridos pelos media europeus estão diretamente ligados à política interna perante a alteridade –nomeadamente a migração– e alguns assuntos politicamente 'inflamáveis', como a família, o papel das mulheres, adoção e preferência sexual, direitos civis, casamento forçado, et cetera (Fassin 2010). Neste sentido, o Estado apresenta frequentemente a migração como um problema, e o imigrante torna-se moralmente suspeito, exigindo o seu/a sua 'hipercorreção social' (Sayad 1999). O corpo da mulher migrante suporta ideias sobre as suas 'origens' suspeitas e, ao longo da sua vida, ela será forçada a confrontar o seu estatuto enquanto vítima. O corpo dos migrantes pode encontrar uma posição de legitimidade na sociedade de acolhimento, mas apenas através da implementação de um aparelho biopolítico que é o seu 'corpo novo': um corpo obrigado a ter sido reajustado, re-regulado e tornado apropriado para a 'nossa' vida em comum.

#### 4. As consequências do C/MGF

*Els Leye (VUB)*

O C/MGF pode ter um grave impacto na saúde e no bem-estar das mulheres e raparigas. Na literatura disponível, as consequências para a saúde são

descritas e mais comumente classificadas com base no tempo em que surgem (curto prazo –no preciso momento, ou imediatamente após, o corte– ou longo prazo), na natureza das consequências (por exemplo, obstétricas, psicológicas, sexuais, sociais), ou ambas. Apesar de o C/MGF ser largamente reconhecido como um procedimento causador de sofrimento físico e psicológico, recolher e providenciar dados exatos sobre as consequências e mortes relacionadas com C/MGF é desafiante (WHO 2016, 1-7).

As consequências que ocorrem com o C/MGF irão variar de acordo com o tipo de corte, com a condição da rapariga/mulher aquando da prática, com as circunstâncias em que foi desempenhado (por exemplo numa zona rural remota, distante de um centro de saúde), com os instrumentos usados (por exemplo uma faca 'tradicional'), e com a pessoa que desempenha o procedimento (por exemplo uma excisadora tradicional, geralmente sem competências cirúrgicas ou sem conhecimentos médicos).

Apesar dos diversos desafios em documentar a extensão e a natureza do impacto na saúde e no bem-estar de mulheres e raparigas, foram emitidas as recentes diretivas da OMS para a gestão clínica da mutilação genital feminina, baseadas numa revisão minuciosa das evidências disponíveis. A Caixa 1 é uma adaptação dessas diretivas e fornece uma visão geral dos riscos para a saúde (a curto e longo prazo) e dos riscos obstétricos, bem como as consequências para a saúde psicossocial das mulheres e raparigas. Todos os termos médicos estão explicados na coluna da direita<sup>13</sup>.



A.A.





**TABELA 2:**

**Riscos associados ao C/MGF**

**COMPLICAÇÕES IMEDIATAS** (BERG ET AL. 2014A; IAVAZZO ET AL. 2013, 1137-49)

Complicações	Definições
Hemorragia	<i>Hemorragia: sangramento (grave)</i>
Dor	
Choque	<i>Uma condição crítica que é provocada por uma queda repentina do fluxo sanguíneo ao longo do corpo. O choque pode ocorrer devido a perda de sangue repentina após o corte do clítoris e/ou do tecido genital (choque hemorrágico), devido a lesão dos órgãos causada por infecção (choque séptico) ou devido a danos do sistema nervoso (choque neurogênico)</i>
Inchaço do tecido genital, que pode ocorrer devido a infecção local ou a resposta inflamatória	



A.A.





Complicações	Definições
<p>Podem ocorrer infecções no trato urinário, no trato genital e/ou no trato reprodutivo. Podem ser agudas ou locais, causar sepsis ou septicemia e conduzir à formação de abscessos</p>	<p><i>Uma infecção do trato urinário afeta (parte do) o trato urinário, isto é, os órgãos que produzem, armazenam e descartam a urina. Estes órgãos incluem a bexiga, os rins, a uretra e os ureteres</i></p> <p><i>O trato genital feminino consiste na genitália feminina interna e externa. A genitália externa é composta pelo pudendum, pelo clítoris e pela uretra feminina</i></p> <p><i>O trato reprodutivo (ou genitália interna) de uma mulher consiste nos ovários, útero, trompas de Falópio, vagina, cérvix e vulva</i></p>
<p>Podem ocorrer problemas de micção tais como dor quando a urina passa ao longo da ferida, levando à retenção de urina. Devido aos danos no trato urinário após o corte, podem também ocorrer outros problemas</p>	
<p>Problemas de cicatrização de feridas</p>	
<p>Pode ocorrer a morte devido a forte hemorragia ou septicemia</p>	<p><i>Sepsis, intoxicação do sangue ou septicemia: a presença de bactérias, outros organismos infecciosos ou toxinas criadas por organismos infecciosos na corrente sanguínea que se propagam ao longo do corpo. Pode ser uma situação de ameaça à vida que requer cuidados urgentes e abrangentes</i></p>



A.A.





### RISCOS A LONGO PRAZO (BERG ET AL. 2014A; IAVAZZO ET AL. 2013, 1137-49)

Complicações	Definições
Danos no tecido genital, com conseqüente dor crónica da vulva e clítoris	
Corrimento vaginal devido a infeções crónicas do trato genital	
Prurido vaginal	
Problemas menstruais, tal como dismenorrea, menstruações irregulares e dificuldades na passagem do fluxo menstrual	<i>Dismenorrea: menstruações dolorosas</i>
Infeções do trato reprodutivo, que podem causar dor pélvica crónica	
Infeções genitais crónicas, incluindo um maior risco de vaginose bacteriológica	<i>Vaginose bacteriológica: uma condição caracterizada por fluxo vaginal anómalo devido ao sobre-crescimento das bactérias comuns da vagina</i>
Infeções do trato urinário, que são frequentemente recorrentes	
Micção dolorosa devido a obstrução e a recorrentes infeções do trato urinário	



A.A.





<b>RISCOS OBSTÉTRICOS</b> <i>(GRUPPO DI STUDIO 2006 DELL'OMS, 1835-41; BERG ET AL. 2014B)</i>	<b>RISCOS RELACIONATS AMB L'EMBARÀS, EL PART I EL PERÍODE POSTPART</b>
<b>Complicações</b>	<b>Definições</b>
Cesariana	<i>Recurso a cirurgia para o nascimento do bebê. As cesarianas são uma grande cirurgia e comportam riscos</i>
Hemorragia pós-parto (perda de 500ml de sangue ou mais)	<i>Pós-parto é o período imediatamente a seguir ao nasciment</i>
Episiotomia	<i>Procedimento cirúrgico para alargar a saída do canal de nascimento, para facilitar a saída do bebê e para evitar um rasgão na área entre o ânus e a vulva</i>
Trabalho de parto prolongado	
Rasgos/lacerações obstétricas	<i>Rasgos perineais: laceração do períneo, a área entre o ânus e a vulva (abertura labial para a vagina). Os rasgos perineais ocorrem principalmente na mulher como resultado do parto normal que comprime o períneo</i>
Parto instrumental	
Trabalho de parto difícil/distocia	<i>Distocia do parto: parto difícil ou anómalo</i>
Longa estadia na maternidade-hospital	
Nados-mortos e morte neonatal precoce	<i>Neonatal: diz respeito ao período recém-nascido, especificamente as primeiras quatro semanas após o nascimento</i>
Ressuscitação da criança no parto	



A.A.





### RISCOS DE FUNCIONAMENTO SEXUAL (BERG ET AL. 2014A; BERG ET AL. 2010, 1-79)

Complicações	Definições
Dispareunia, que é maior com o tipo III de C/MGF	<i>Dispareunia: dor durante as relações sexuais</i>
Diminuição da satisfação sexual	
Redução do desejo e da excitação sexual	
Diminuição da lubrificação durante as relações sexuais	
Redução da ocorrência de orgasmo ou anorgasmia	<i>Anorgasmia: incapacidade em atingir o orgasmo (clímax) durante as relações sexuais</i>

### RISCOS PSICOLÓGICOS (VLOEBERGHES ET AL. 2012, 677-95)

Complicações	Definições
Stress pós-traumático (SPT)	
Perturbações de ansiedade	
Depressão	



A.A.





Apesar de ser possível haver um maior risco de consequências imediatas com o tipo III de C/MGF do que com os tipos I e II, estas situações tendem a ser consideravelmente menos reportadas (Berg et al. 2014a).

A par dos riscos de saúde resumidos pela OMS no quadro anterior, diversos procedimentos e atividades de rotina podem também tornar-se mais difíceis devido a distorções anatómicas provocadas pelo C/MGF, incluindo exames ginecológicos, testes citológicos, evacuação do útero no pós-aborto, colocação do dispositivo intrauterino (DIU) e utilização de tampões, especialmente em casos de C/MGF de tipo III (OMS 2016).

## 5. Violência contra as mulheres e enquadramento internacional dos direitos humanos

*Laura Nuño Gómez e Magaly Thill (URJC)*

O C/MGF não foi sempre considerado pela comunidade internacional como uma forma de violência baseada no género e uma violação dos direitos humanos. Foi preciso esperar pela década de 1990 para que esta prática tradicional, inicialmente abordada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Comité Inter-Africano sobre Práticas Tradicionais (IAC) como um problema de saúde de mulheres e crianças, aparecesse na agenda dos direitos humanos como parte do lento processo de produção do direito internacional dos direitos humanos, e da definição da violência contra as mulheres como uma violação desses direitos (Rahman e Toubia 2001).

Enquanto a revisão crítica dos enquadramentos epistemológicos, culturais e jurídicos lançados pela teoria feminista desafiaram fortemente a natureza androcêntrica das leis patriarcais (Walby 2011), a inclusão dos direitos das mulheres no enquadramento interpretativo dos direitos humanos foi despoletado globalmente pelo movimento internacional feminista e canalizado para a governança das Nações Unidas.<sup>14</sup> Como resultado destes desenvolvimentos interrelacionados, a declaração formal de que 'os direitos das mulheres são direitos humanos' foi finalmente obtida na Conferência de Viena sobre Direito Humanos em 1993 (Bunch 1990, Peters et al. 1995).

Paralelamente, a violência contra as mulheres tornou-se parte da agenda global após o comité da CEDAW (Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres) ter reconhecido, na Recomendação Geral No. 19, sobre Violência contra as Mulheres, que a violência contra as mulheres é uma discriminação baseada no género, estabelecendo assim a obrigação dos Estados de prevenir, processar e proteger (Nuño Gómez 2013). Através desta recomendação, a ONU ultrapassou a omissão na Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979) de fenómenos tão difundidos e graves como violência doméstica, violação, abuso sexual, casamento forçado, C/MGF ou assassinatos de 'honra'. Logo de seguida a Assembleia Geral adotou a inovadora Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (1993), que forneceu a definição standardizada de 'violência com base no género que resulta em, ou que é provável que resulte em ofensas ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorridas



A.A.





quer em público ou na vida privada’ (Artigo 1). Também se apelou aos Estados para ‘condenar a violência contra as mulheres e [...] não invocar qualquer costume, tradição ou consideração religiosa para revogar a sua obrigação de a eliminar’ (Artigo 4).

No que diz respeito ao reconhecimento internacional do C/MGF como forma de violência baseada no gênero, vale a pena destacar três marcos fundamentais. O primeiro é a Recomendação Geral No. 14, sobre Circuncisão Feminina (1990), que representou a tentativa inicial do comitê da CEDAW de apelar a ‘medidas apropriadas e efetivas no sentido de erradicar a prática da circuncisão feminina’. Em 1992 o mesmo comitê colocou o C/MGF a par com a violência contra as mulheres, ao incluir a prática na sua Recomendação Geral No. 19, apesar de ser estranhamente descrita como ‘violação do direito de acesso a serviços de saúde.’ Finalmente, o C/MGF e outras práticas tradicionais nefastas contra as mulheres foram

definidas pela Assembleia Geral da ONU como formas de violência contra as mulheres dentro da família, na sua Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (Artigo 2).

Quando o C/MGF passou a ser considerado uma forma de violência contra as mulheres, a comunidade internacional intensificou os esforços de erradicação através de programas de educação e prevenção, combinados com um conjunto de textos declarativos e programáticos (ver Quadro 1). A nível regional, o Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e dos Direitos das Mulheres em África, também denominado Protocolo de Maputo (2003), e a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e Combate da Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica, ou Convenção de Istambul (2011) representam dois documentos de referência obrigatórios para a harmonização dos enquadramentos legais nacionais para o C/MGF.

**TABELA 3:**  
**Principais documentos regionais e internacionais para combater o C/MGF**

Instituição	Documento	Ano	Artigo
Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento	Programa de Ação e Ações Chave para Implementação Futura ...	1994	4.22, 7.5, 7.6, 7.35, 7.40, key ação chave 52



A.A.





Instituição	Documento	Ano	Artigo
IV Conferência Internacional das Mulheres	Declaração Final e Plataforma de Ação	1995	N/A
UNICEF, OMS e FNUAP	Mutilação Genital Feminina: Uma Declaração Conjunta	1997	Todos
Comissão sobre o Estatuto das Mulheres	Resolução para o fim da Mutilação Genital Feminina (E/CN.6/2007/L.3/Rev.1)	2007	Todos
ACNUDH, OMS, UNAIDS, PNUD, UNIFEM, UNEC, UNESCO, FNUAP, ACNUR, UNICEF	Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Uma Afirmação Interagências	2008	Todos
Assembleia Geral das Nações Unidas	Resolução sobre práticas tradicionais e costumeiras que afetam a saúde das mulheres	2001	Todos
	Resolução A/RES/67/146: Intensificar os esforços globais para a eliminação da Mutilação Genital Feminina	2012	Todos
	Resolução A/RES/70/1: Transformar o nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável	2015	Objetivo 5.3
Organização da Unidade Africana (atualmente União Africana)	Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e dos Direitos das Mulheres em África (Carta de Banjul)	2003	Artigo 5



A.A.





Organisme	Document	Any	Art.
Conselho da Europa	Resolução 1247 (2001) sobre Mutilação Genital Feminina	2001	Todos
	Resolução 1662 (2009) sobre a Ação para combater violações dos direitos humanos baseadas no género, incluindo o rapto de mulheres e raparigas	2009	Artigos 1, 4, 5, 7.2, 7.4
	Convenção para a prevenção e combate da violência contra mulheres e violência doméstica (Convenção de Istambul)	2011	Artigo 38
Parlamento Europeu	Resolução de 20 de Setembro de 2001 sobre Mutilação Genital Feminina (2001/2035(INI))	2001	Todos
	Resolução para o combate do C/MGF na UE (2008/2071(INI))	2008	Todos
	Resolução de 14 de Junho de 2012 sobre o Fim da Mutilação Genital Feminina (2012/2684(RSP))	2012	Todos
União Europeia (Comissão Europeia e/ou Conselho Europeu)	Diretivas da UE para a promoção e Proteção dos Direitos da Criança	2007	Apenas mencionado
	Diretivas da UE para a violência contra mulheres e raparigas e o combate a todas as formas de discriminação contra elas	2008	Apenas mencionado



A.A.





Organisme	Document	Any	Art.
União Europeia (Comissão Europeia e/ou Conselho Europeu)	Estratégia para a Igualdade entre Homens e Mulheres 2010-2015	2010	Ação chave 4.1
	Comunicação: Uma Agenda da UE para os Direitos da Criança (COM(2011) 60 final)	2011	Sem menção específica
	Declaração Conjunta do Vice-Presidente da Comissão Europeia e do Alto Representante no Dia Internacional contra a Mutilação Genital Feminina (MEMO/11/73)	2011	Todos
	Diretiva do Direitos das Vítimas (2012/29/EU), que estabelece padrões mínimos de direitos, apoio e proteção às vítimas de crime	2012	Artigo 17
	Comunicação: Para a eliminação da Mutilação Genital Feminina (COM(2013) 833 final)	2013	Todos
	Compromisso Estratégico para a Igualdade de Género 2016-2019	2015	3.4
	Reflexão do 9º Fórum Europeu dos direitos da criança: Coordenação e cooperação nos sistemas de proteção integrada de crianças	2015	Dez princípios aplicáveis ao C/MGF



A.A.





Como conduz frequentemente a graves consequências para a saúde física, mental e sexual das mulheres, o C/MGF é geralmente definido como uma violação do direito à saúde e do direito ao mais alto padrão de saúde física e mental possível, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva. O C/MGF também prejudica ou anula direitos humanos centrais, como o direito à integridade física e o direito à vida (quando a morte é uma consequência da prática), o direito à segurança da pessoa e de estar a salvo de violência, o direito à não-discriminação, à igualdade entre homens e mulheres e à igualdade de

proteção legal (quando o C/MGF é legal, tolerado ou constitui uma circunstância de mitigação). Apesar de alguns especialistas considerarem que as excisadoras e os pais não pretendem infligir dor ou sofrimento intencionalmente, e que isso não deixa claro se o C/MGF atenta contra o direito de não sofrer tortura (Rahman e Toubia 2001), o Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos (ACNUDH) reconheceu que o C/MGF pode ser considerado tortura, ou tratamento cruel, desumano e degradante ou punição (WHO 2008).

#### TABELA 4:

#### Direitos humanos protegidos por convenções internacionais e que o C/MGF viola

##### Direito à saúde

*Artigo 3 da Declaração Universal dos Direitos Humanos; Artigo 6 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos*

##### Dignidade humana

*Artigo 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos*

##### O direito de não ser discriminado (com base no sexo)

*Artigo 2 da Declaração Universal dos Direitos Humanos; Artigo 2 do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais; Artigos 2 e 26 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; todos os artigos da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*



A.A.





### **Igualdade entre homens e mulheres**

*Artigo 3 do Direitos Económicos, Sociais e Culturais; Artigo 3 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; todos os artigos da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*

### **Direito ao mais alto padrão de saúde possível**

*Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos; Artigo 12 do Direitos Económicos, Sociais e Culturais; Artigo 12 da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*

### **Direitos da Criança**

*Artigos 2, 3, 6, 19, 24 e 37 da Convenção para os Direitos da Criança*

### **Direito a não sofrer tortura, tratamento cruel, desumano e degradante ou punição**

*Artigo 5 da Declaração Universal dos Direitos Humanos; Artigo 7 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; todos os artigos da Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes*

**Fonte:** European Institute for Gender Equality. 2013. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Vilnius: Publications Office of the European Union.



A.A.





Uma vez que o C/MGF é, na grande maioria dos casos, infligido a raparigas muito jovens, considera-se que também viola os direitos das crianças ao desenvolvimento, proteção e participação (Miller et al. 2005), despoletando vários artigos da Convenção dos Direitos da Criança (1989), incluindo a obrigação dos Estados de 'tomar todas as medidas apropriadas [...] para proteger a criança de todas as formas de violência, agressão ou abuso físico e mental [...] enquanto se encontram sob cuidado dos pais, tutores legais ou qualquer outra pessoa responsável pela criança' (Artigo 19). Submeter uma rapariga ao C/MGF contraria o princípio do superior interesse da criança, o qual deve prevalecer em todas as ações que lhe digam respeito (Artigo 3).

Apesar de os pais poderem acreditar que os benefícios sociais do C/MGF (maior propensão para casar, a honra da família, etc.) prevalecem sobre os riscos das consequências físicas e psicológicas, esta perceção não pode justificar uma prática permanente e potencialmente ameaçadora à vida, que constitui uma violação dos direitos fundamentais das raparigas (WHO 2008). O C/MGF é usualmente praticado sob coerção ou recorrendo ao abuso de posições de superioridade ou autoridade. Mesmo quando uma rapariga concorda em submeter-se ao C/MGF, o desejo de respeitar a decisão da sua família e de ser aceite na sua comunidade não deve ser confundido com a sua vontade livre e informada. Deve, ao invés, ser entendido como resultado de pressões familiares e de expectativas sociais colocadas sobre as raparigas e mulheres (WHO 2008).

O C/MGF pode comprometer permanentemente a fruição sexual das mulheres. É frequentemente justificado com os argumentos de proteger as raparigas de emoções sexuais excessivas e para preservar a sua castidade (Miller et al. 2005). O seu significado, enquanto prática tradicional que garante a virgindade das mulheres até ao casamento e a sua fidelidade após o mesmo, reforça o controlo patriarcal sobre a sexualidade das mulheres e perpetua o desequilíbrio dos papéis, normas e estereótipos de género. Devido ao seu efeito negativo no prazer sexual das mulheres, o C/MGF foi relacionado com a violação marital e com a poligamia (Rahman e Toubia 2001). Outra ideia subjacente ao C/MGF é que os genitais da mulher são impuros, sujos ou feios se não forem cortados. Em resultado desta perceção do corpo feminino como sendo imperfeito, a aparência física das mulheres deve então ser modificada para poder encaixar-se em padrões que acabam por se distanciar dos objetivos de preservar a saúde e o bem-estar, assim como da igualdade de género. Neste aspeto, o C/MGF pode ser equiparado a normas patriarcais ancoradas noutras culturas (por exemplo a prática, já abandonada, de amarrar os pés na China, ou a promoção da anorexia através da moda e da publicidade no Ocidente). A prevenção do C/MGF pode contribuir para o empowerment das raparigas e mulheres, e para ultrapassar a desigualdade de género.



A.A.





# Capítulo II

Um entendimento aprofundado do C/MGF



A.A.





# Capítulo II

## Um entendimento aprofundado do C/MGF

### RESUMO

1. *Significados socioculturais da prática*  
(Adriana Kaplan e Neus Aliaga, Fundação Wassu-UAB)
2. *Os genitais e a construção do corpo feminino*  
(Michela Fusaschi, Universidade Roma3)
3. *Migração, movimentos migratórios e etnicidade*  
(Ricardo Falcão, ISCTE-IUL)
4. *A prevalência do C/MGF* (Els Leye, VUB)
5. *Geografias do C/MGF*  
(Adriana Kaplan e Nora Salas Seoane, Fundação Wassu-UAB)
6. *Aspetos críticos da proibição criminal do C/MGF*  
(Julia Roper Carrasco, URJC)
7. *Uma abordagem global para o abandono do C/MGF* (Els Leye, VUB)

### 1. Significados socioculturais da prática

*Adriana Kaplan e Neus Aliaga (Fundação Wassu-UAB)*

O C/MGF atingiu um grande significado simbólico junto das comunidades praticantes. É considerado como uma componente crucial do processo de socialização e exerce uma grande pressão social sobre os membros da família e da comunidade como um todo, e está relacionado com dois valores fundamentais africanos: o sentido de pertença à comunidade e a complementaridade dos sexos.

A antiga história da cultura Dogon do Mali relata um incidente de relevância para a origem do C/MGF. De acordo com o mito, 'Amma, Deus do Céu, estava sozinho e queria fecundar a Terra, cuja forma era semelhante à do corpo feminino. Os órgãos sexuais da Terra eram como um ninho de formigas e o seu clitóris elevava-se como uma termiteira. Amma aproximou-se, mas a termiteira ergueu-se, bloqueando a penetração. Tal sucedeu porque a Terra tinha o mesmo sexo que Amma, causando discórdia no Universo. Assim que a termiteira foi removida, Amma ligou-se muitas vezes à sua esposa e a harmonia restaurou-se (Castañeda Reyes 2003).

Em algumas sociedades, a prática do C/MGF insere-se em cerimónias de iniciação que produzem uma identidade étnica e de género (criando um sentimento de pertença, o atingir da maioridade, um sentido de orgulho). O C/MGF também se tornou uma demonstração física da entrada de uma rapariga no mundo das mulheres, garantindo a sua feminilidade e o



A.A.





conhecimento necessário para pertencer à comunidade e ao mundo secreto das mulheres (Kaplan et al. 2013). Existem outras razões para justificar a continuação da prática, como a necessidade de seguir a tradição ('sempre foi feito', 'é normal', 'é natural') e a religião ('é a Sunna', 'é uma obrigação religiosa'); por razões de higiene ('é mais limpo') e fins estéticos ('o clitóris pode crescer muito, como um pênis'); para proteger a virgindade e evitar a promiscuidade ('uma rapariga que não foi cortada tem um desejo sexual incontrolável e irá perder a sua virgindade prematuramente'); para garantir a honra da família; para assegurar um casamento 'adequado' ('é necessário tornar-se uma esposa respeitável'); e/ou para promover a fertilidade ('previne abortos', 'as mulheres poderão gerar mais filhos') e a fecundidade ('a genitália externa pode causar a morte, deformações físicas ou loucura no recém-nascido') (Kaplan, Hechavarría e Puppo 2015, 29-32).

O C/MGF é uma prática altamente valorizada nas sociedades em que existe. Não é considerada como algo isolado e exclusivo da esfera privada e do mundo das mulheres, mas sim como uma peça que encaixa num conjunto de práticas ritualizadas diárias, que influenciam os papéis e os estatutos das mulheres e dos homens (tarefas distribuídas de acordo com o género). A preservação da identidade étnica é também um fator importante que distingue estas sociedades dos grupos não-praticantes.

Para assegurar que as raparigas estão preparadas para a vida adulta e para o casamento, e para que não sejam excluídas da comunidade, as famílias continuam a exercer a prática como uma tradição que (de acordo com o que é mencionado) é vista como natural ou normal. Por vezes a prática é vista

como um ritual de passagem que as mães e avós organizam e apresentam às suas filhas e netas, considerando que é a forma mais apropriada de criar e educar. Existem variações quanto ao momento da prática –desde os sete dias após o nascimento até à pré-adolescência– apesar de ser desempenhada maioritariamente antes da primeira menstruação, e de variar de acordo com o grupo étnico. Atualmente, a idade com que o C/MGF é realizado está a diminuir e o mais importante é que a rapariga seja cortada, quer os rituais em torno da prática sejam respeitados ou não (Kaplan, Hechavarría e Puppo 2015).

O C/MGF é executado em várias sociedades, entre as quais as comunidades muçulmanas, cristãs cooptas e falashas judaicas (exemplos do Egito e Etiópia), mas a incerteza acerca das origens da prática leva algumas comunidades a ligá-la à religião. É interessante notar que, apesar de nem a Bíblia nem o Corão subscreverem a prática, ela é frequentemente justificada como sendo um preceito religioso. Em sociedades muçulmanas é considerada Sunna, uma tradição religiosa ('tudo é que é bom para Deus'); contudo, várias academias e autoridades islâmicas demonstram uma posição positiva sobre o assunto e condenam a prática quando lhes é dada a oportunidade de articularem os seus pontos de vista (Gomaa 2013).

As comunidades que praticam o C/MGF vêem a genitália externa feminina como sendo feia e suja, pelo que remover essas estruturas vai possibilitar que a rapariga se torne 'limpa' e 'bonita' (por razões higiénicas e estéticas). A remoção das partes genitais é considerada a eliminação dos 'elementos masculinos', como o clitóris. Por outro lado, a infibulação é feita para tornar a genitália



A.A.





'suave', tornando a mulher/rapariga bonita. Uma crença por vezes expressa pelas mulheres é a de que o C/MGF potencia o prazer sexual masculino. Aliás, em muitas sociedades, acredita-se que ingerir comida que foi preparada por uma rapariga não-excisada é tabu (Johnsdotter e Essén 2010).

Em muitas sociedades tradicionais, a virgindade é um pré-requisito para o casamento e é necessária para manter a honra da família. Acredita-se que o C/MGF garante e preserva a virgindade de uma rapariga, e apenas as mulheres excisadas são consideradas adequadas para o casamento e como esposas 'dignas', o que lhes confere acesso à terra e a segurança. Crê-se que as raparigas não-cortadas possuem um desejo sexual hiperativo e incontrolável e, como tal, são mais propensas a perder a virgindade prematuramente, tornando-se numa desgraça para as suas famílias se a perderam antes do casamento. O desejo de ter um casamento 'adequado' pode desempenhar um papel importante na persistência da prática. Também se acredita que o orifício vaginal estreito de uma mulher infibulada, no qual foram colocadas químicas para o tornar mais apertado, aumenta o prazer sexual masculino, evitando divórcios e traições. Todavia, alguns estudos indicam que ambos os géneros se culpabilizam mutuamente pela continuação do C/MGF, e as razões para a infibulação e reinfibulação permanecem como conceitos sociais de 'normalidade', identidade, tradição, religião e uma cultura silenciosa entre homens e mulheres (Berggren et al. 2006).

Certas comunidades acreditam no poder da genitália externa feminina para causar a morte de bebés –aborto em primigravidae– ou para causar

deformações físicas ou loucura no recém-nascido. Outros creem que a genitália externa feminina tem o poder de cegar qualquer pessoa que a observe durante o parto, e não ser circuncidada pode causar igualmente a morte ao marido ou danificar o seu pénis. Além disso, crê-se que excisar uma mulher que não consegue conceber irá resolver o seu problema de infertilidade.

## 2. Os genitais e a construção do corpo feminino

*Michela Fusaschi (Universidade Roma3)*

Na antropologia e na sociologia sociocultural a expressão 'técnicas do corpo' inclui as formas pelas quais homens e mulheres conhecem e aprendem a utilizar os seus corpos na sociedade. Este conceito, proposto por Marcel Mauss, baseia-se na premissa de que 'o primeiro objeto, e meio, técnico mais natural do homem, é o seu corpo' (Mauss 1936).

As técnicas do corpo são conjuntos fisio-psicosociais e práticas culturais socialmente apreendidas e construídas. Qualquer pessoa ao longo da sua vida torna-se o objeto e o sujeito de múltiplas e diversas técnicas corporais, as quais são primeiramente divididas em género e idade. Cada técnica individual não pode ser considerada isolada das outras: uma técnica é desenvolvida precisamente num processo diferenciado de formas de agir, através do corpo, e ao deixar o corpo agir. Cada sociedade tem os seus próprios hábitos e compreendemos como uma sociedade funciona ao compreender como o funciona o corpo.



A.A.





A relação entre corpo e sociedade é fundamental e complexa, e vai para além da oposição cartesiana natureza/cultura. Mary Douglas (Douglas 1970), na sua teoria dos 'dois corpos', demonstrou que a conceção e experiência do corpo físico foram delineadas pelo corpo social. Os símbolos do corpo humano são utilizados para expressar a experiência social e, vice-versa, o corpo humano é 'educado' pela sociedade. O corpo é simultaneamente um artefacto físico e cultural, e qualquer pessoa está sujeita às dinâmicas de encorporação (Bourdieu 1977; 1980) e aos valores e normas socioculturais.

As antropólogas Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (Scheper-Hughes e Lock 1987) propuseram o conceito de corpo consciente com o objetivo de repensar a articulação entre corpo e mente, individual e sociedade, salientando que a sua oposição provém de pontos de vista teóricos e paradigmas de pesquisa Ocidentais. Os três corpos são: o corpo individual, entendido, no sentido fenomenológico, como a experiência vivida do próprio corpo; o corpo social, que se refere ao uso representativo do corpo como símbolo natural, como Douglas sugeriu, e a todas as diversas práticas através das quais homens e mulheres desconstruem os seus corpos para construir corpos simbólicos; e o corpo político, que se refere à regulação, controlo e vigilância dos corpos (individual e coletivo). A articulação destas três diferentes dimensões em cada sociedade produz representações, significados e conceitos multiformes sobre anatomia, fisiologia, sexo/género, sexualidade, doença, saúde, higiene, normalidade e desvio. Uma tal abordagem ao corpo – que reconhece a corporalidade como um objeto e um sujeito de cada prática social – não é uma peculiaridade das disciplinas socioantropológicas.

Michel Foucault e Judith Butler salientam de forma pusilânime esta dimensão, verificando que o corpo é o objeto de representações simbólicas, ordens de discurso e práticas disciplinares. Quando Butler nos relembra a frase de Simone de Beauvoir 'uma pessoa não nasce, mas torna-se, mulher' para introduzir a sua teoria performativa do sexo/género, ela aprofunda precisamente esta abordagem: o corpo sofre um processo de 'materialização' do género (Butler 1993) que constitui a identidade de género através da repetição de atos corpóreos.

Assim, se considerarmos que, em todas as sociedades, práticas que interferem com os corpos se destinam a (des)adaptá-los a normas culturais de género e a torná-los mais socialmente '(in)apropriados', poderemos entender melhor as modificações corporais, mesmo as genitais. Modificações corporais nos genitais femininos são transculturalmente universais: a par de outras formas de sinais no corpo, pretendem instituir a identidade de género, atribuindo adicionalmente aos seus portadores privilégios sociais específicos acerca da vida, do casamento e da família como um todo.

Para avaliar objetivamente a 'desconstrução' física do corpo feminino, não é suficiente compreender a sociedade na qual ele é implementado. Ao invés, é preciso compreender que esta 'desconstrução do corpo físico', paradoxalmente, constrói o corpo simbólico e o género. Desta forma, para compreender a construção social das modificações genitais femininas é preciso compreender as ideias e representações que acompanham este processo como partes integrantes da cultura considerada.



A.A.





As modificações corporais podem ser permanentes/irreversíveis (como o C/MGF, mas também tatuagens ou escarificações) ou temporárias/reversíveis (penteados, pinturas corporais, tatuagens temporárias ou corpos bronzeados) (Remotti 2000). Desde 2003 que a pesquisa etnográfica em contextos da África Subsaariana e da Europa dividiu, de forma irreversível, as modificações genitais e extra-genitais em três categorias: (a) práticas redutoras, (b) práticas expansoras, e (c) outras modificações (Fusaschi 2003; 2011; 2013).

### Modificações corporais redutoras

As modificações genitais redutoras diminuem partes da genitália. Este é o caso da excisão e da infibulação, mas também da castração e esterilização. Nesta categoria também se encontram formas de cirurgia cosmética íntima na era neoliberal, como a redução do capuz clitoral ou labioplastia (Fusaschi 2011). Modificações extra-genitais também consistir em deformações, tais como as decorrentes da prática chinesa de amarrar os pés.

Nesta categoria também se encontram as ablações dos seios, para fins rituais, e modificações redutoras através da cauterização, como no caso das jovens mulheres aborígenes do Norte da Austrália, a quem ambos os seios eram cortados para evitar a amamentação, ou o caso das mulheres habitantes do Lago Tanganica que sofreram a amputação dos seios como forma de punição (Erich 1991, 31).

### MODIFICAÇÕES GENITAIS REDUTORAS

**Clito-labial:** excisão clitoral e reposição clitoral

**Vulva-perineal:** estreitamento vaginal, infibulação  
**Uterina:** castração, esterilização

### MODIFICAÇÕES NÃO-GENITAIS REDUTORAS

**Deformações:** pés

**Ablações:** seios

### Modificações corporais expansoras

Esta categoria inclui procedimentos destinados a estreitar os genitais femininos, tais como a massagem vaginal, praticada na região dos Grandes Lagos Africanos, no Dahomey, na Tanzânia e no Benim. Estas massagens pretendem aumentar o tamanho do órgão –símbolo da atividade sexual– e potenciar o prazer sexual para fins de procriação.

Entre as deformações extra-genitais encontram-se os denominados ‘lábios de prato’ dos povos amazônicos ou o alongamento dos lóbulos da orelha. Outro tipo de deformação extra-genital é o aumento dos seios, que assume significados muito diferentes, dependendo do contexto em que é desempenhado (cirurgia cosmética ou rituais). Outra prática é a gavagem, ou seja o engordamento do corpo através da administração forçada de certos alimentos, como no caso verificado em raparigas na Mauritânia.



A.A. >





## MODIFICAÇÕES GENITAIS EXPANSORAS

**Clito-labial:** alongamento

**Vulva-perineal:** dilatação vaginal

## MODIFICACIONES NO GENITALS EXPANSIVAS

**Deformações:** alongamento dos lábios ou das orelhas, aumento dos seios

Engordamento artificial

Implantes subcutâneos

## Outras modificações corporais

Esta categoria inclui todas as outras operações que alteram permanentemente os genitais (introincisão, sub-incisão, etc.). Modificações extra-genitais podem ser realizadas no pescoço (as mulheres 'girafa' Padeung de Myanmar/Birmânia), no crânio (sociedade de pigmeus africanos) e no tronco/peito (espartilhos e outras faixas). Neste tipo de práticas inclui-se a escarificação, tatuagens, afiamento dos dentes e o ressurgimento de tradições como cortar, marcar e queimar.

## OUTRAS MODIFICAÇÕES GENITAIS

**Desfloramento ritual, introincisão, práticas abortivas**

## OUTRAS MODIFICAÇÕES NÃO-GENITAIS

**Deformações** (*tronco/peito, pescoço, dentes, crânio*)

**Escarificação, tatuagens, cortar, marcar, queimar**

Ao analisar todos estes tipos de modificações corporais, outras dimensões cruciais têm de ser tidas em conta: nomeadamente o género, a idade, o consentimento, a vontade e/ou o nível de sensibilização dos sujeitos. Mais amplamente também devem ser consideradas as relações de género locais e as ordens simbólicas de género.

Ao referirmo-nos a clitoridectomia –em todos os seus vários tipos, incluindo procedimentos estéticos/cirúrgicos– e a infibulação, frequentemente compreendemos que, quer estes procedimentos aconteçam em regimes patriarcais ou neoliberais (ou em ambos), são normalmente parte de programas maiores de controlo social hierarquizado sobre a sexualidade e a autodeterminação das mulheres, resultando em regimes de género que carregam a legitimidade exclusiva de identidades de género binárias, complementares e assimétricas.

## 3. Migração, movimentos migratórios e etnicidade

*Ricardo Falcão (ISCTE-IUL)*

Devido à migração internacional, o C/MGF é agora reconhecido como um problema na Europa. Até à viragem deste século, a sua prevalência no continente era largamente considerada um assunto pouco conhecido e que se pensava que se praticava principalmente em África, mesmo se, no passado, e de acordo com as definições atualmente aceites, existiram procedimentos médicos na Europa considerados como formas de mutilação.



A.A.





Ao tornar-se um problema europeu, ou um problema que tem lugar no território europeu, a prática do C/MGF colocou novos desafios para as agendas anti-VCM (violência contra as mulheres) e anti-C/MGF. Estamos a lidar não apenas com práticas que são consideradas específicas de certas identidades (de género e étnicas), mas também estamos a observar mudanças na forma como o C/MGF se torna num marcador de identidade para algumas comunidades. Ser um 'problema europeu' não significa que deixou de ser um problema atribuído a um 'outro cultural'. Sendo o C/MGF entendido como um problema decorrente dos movimentos migratórios e das etnicidades, existe uma tendência para as instituições se ancorarem em perspetivas culturalistas.

A relação entre os migrantes, e as comunidades que eles formam, com a lei no país de destino é frequentemente marcada por procedimentos formais que, de alguma forma, contribuem para definir uma alteridade cultural, muitas vezes acabando por produzir formas de discriminação e estigmatização. A estigmatização atinge as comunidades que praticam o C/MGF quando, por exemplo (em alguns casos), são sujeitas a exames genitais obrigatórios (Johnsdotter 2009) ou se tornam objeto de discriminação de género face a ações legais (Fusaschi 2015).

As pessoas nestas comunidades também reagem, procurando formas alternativas de assegurar a continuidade da prática do C/MGF e mantendo uma atitude discreta para evitar a hostilidade das instituições. Exemplos desta luta contra os limites legais incluem a diminuição da idade do C/MGF ou as viagens aos países de origem para realizar os cortes, ao que

os esforços legislativos responderam com artigos de externalização. É importante evidenciar a negociação permanente que existe entre instituições e enquadramentos legais e os indivíduos pertencentes a comunidades praticantes, e que essa negociação conduz à reconfiguração permanente de equilíbrios.

Quando consideramos o C/MGF como uma questão decorrente da migração, verifica-se um desdobramento da questão em pelo menos quatro direções: 1) um eixo de governança e de gestão da diferença cultural, intersetado por questões que são específicas da política migratória europeia, dos direitos à mobilidade e de entrada nos territórios, como demonstrado pelo crescente foco nos pedidos de asilo com base no risco de C/MGF mas também na mudança legislativa específica rumo à criminalização na grande maioria dos países europeus; 2) um eixo biopolítico, no qual diferentes instituições, como centros de saúde, escolas, polícia, serviços sociais e serviços de imigração gerem as pessoas afetadas pela prática e aplicam diretivas que a definem numa configuração institucional, mas frequentemente lutam contra uma falta de formação e informação; 3) um eixo que liga as comunidades migrantes aos seus lugares de origem através de vários pontos, tanto materiais como simbólicos (social, cultural, económico), e a influência que estes têm na prevalência da prática em países de origem e de destino; e 4) o último eixo, que nos aponta a direção de diferentes concetualizações de ciclos de vida, de género e de individualidade, e diferentes definições de violência interpessoal, vitimização ou trauma, por parte das instituições e dos que nelas trabalham, cujas referências são termos legais, e as pessoas, cujas referências são as suas identidades socioculturais.



A.A.





As mudanças que ocorreram na legislação contra o C/MGF são um importante instrumento para permitir uma melhor definição destes quatro eixos, evitando julgamentos simples por parte daqueles que lidam com os migrantes e as comunidades. Ainda há, contudo, medos bem fundamentados de estigmatização e discriminação (Johnsdotter 2009) contra pessoas em termos das suas identidades e sociabilidades culturais (e nacionais).

A retórica contra o C/MGF pode ser facilmente apropriada e utilizada contra pessoas para diminuir a sua legitimidade à autoafirmação, através de uma defesa acrítica do enquadramento legal que criminaliza a prática, salientando o legal sobre o cultural, e falhando em garantir as instâncias adequadas nas quais as pessoas afetadas possam expressar as suas próprias preocupações e expectativas socioculturais em termos que levem em conta as suas próprias subjetividades.

Algumas noções codificadas na lei e em convenções internacionais devem ser tidas em conta de forma muito cautelosa, pois pertencem a um enquadramento e representação específicos dos direitos individuais que é frequentemente contrastante com, por exemplo, as diferentes construções sociais de género, mas também de sexualidade, de parentesco e outros fatores sociais importantes que contribuem para a compreensão contextualizada, e não em abstrato, do C/MGF.

A discriminação também pode ser um bio-produto da falta de informação adequada. Os países e instituições europeus identificaram este problema,

mas apenas recentemente começaram a criar relatórios sobre os dados de prevalência. Por exemplo, o primeiro estudo sobre a prevalência em Portugal foi publicado em 2015 (Lisboa et al. 2015). Tentar criar uma imagem clara de como o C/MGF é prevalente na Europa tornou-se um assunto urgente, quer em termos de campanhas, quer em termos de ações contra a prática. Trabalhar diretamente com as comunidades também é uma estratégia que tem ganho terreno, e as abordagens como a REPLACE, colocam a comunidade e as suas normas sociais no centro de qualquer estratégia de mudança de comportamento (Brown, Beecham e Barrett 2013).

A perceção do C/MGF como um problema causado pela migração tem outras consequências, principalmente numa época em que a retórica anti-imigração cresce por toda a Europa, com novas formas de populismo. A migração de África para a Europa está particularmente em destaque, pois o volume de migrantes submetidas a C/MGF, ou que se encontram em risco de serem vítimas, provêm desta região do globo, não obstante o facto de a prática não existir apenas em África.

As últimas duas décadas de movimentos migratórios com origem em África e em direção à Europa viram algumas mudanças importantes que não podem ser esquecidas, particularmente na última década, como consequência da crescente pressão da entrada em territórios europeus e um aumento do policiamento e gestão das fronteiras. Este período marcou a adoção de uma nova posição, mais restritiva, perante a migração não-documentada, e o crescimento de um mais visível (e por vezes controverso) controlo de fronteiras, liderado pelo Frontex (uma agência criada em 2004



A.A.





pelo Conselho da Europa). Este posicionamento crescentemente restritivo é visto por muitos académicos como favorecendo a lógica da legalidade e da formalidade sobre a da humanidade.

A gestão dos fluxos migratórios deve estar em foco quando pensamos na prática de C/MGF, uma vez que muitos migrantes frequentemente lutam contra um estatuto legal obscuro no processo de se tornarem documentados, ou então de serem 'rejeitados'. Migrantes das comunidades em que o C/MGF é praticado muitas vezes situam-se nas margens, ou nas denominadas 'zonas cinzentas', em termos de legalidade. Este estatuto incerto ou ambíguo é muitas vezes um impedimento ao acesso a cuidados de saúde, provocando o medo de deportação. 'Na União Europeia, as políticas que limitam o acesso dos imigrantes não-documentados a cuidados de saúde são generalizadas e variam substancialmente. Estas políticas vão desde negar todo o acesso a garantir acesso limitado a cuidados de emergência e preventivos (Hacker et al. 2015).'

Por outro lado, o C/MGF tornou-se também fundamento para pedidos de asilo nos últimos anos, e um número importante de 'profissionais que trabalham com requerentes de asilo e refugiados [e outros migrantes] enfrentam múltiplos desafios, incluindo: diferenças linguísticas; pressões temporais; sensibilização cultural inadequada; e conhecimento deficiente. A formação coordenada entre agências é fundamental para todos os profissionais que trabalham com comunidades afetadas, permitindo-lhes providenciar apoio eficaz e culturalmente sensível aos que são afetados, e proteger as crianças ao estarem sensibilizados para os sinais de alerta'

(UNHCR 2013, 8). Apesar de o C/MGF ser uma das bases para o pedido de asilo e do estatuto de refugiado, os números dos atuais beneficiários não entram nas categorias dos 'países em risco' ou das 'decisões] baseadas no C/MGF' (UNHCR 2013, 31).

Quando pensamos sobre o C/MGF como um assunto pertencente à migração, significando algo que 'vem de outro lado' para se tornar também um problema europeu, precisamos de ter uma visão ampla das muitas contradições com que somos confrontados na gestão da diferença cultural. Primeiro que tudo, devemos ter em mente que as agendas anti-MGF são elas próprias baseadas no género. Em segundo lugar, devemos também considerar as bases nas quais os aspirantes a migrantes entram nos territórios europeus porque o seu estatuto legal ambíguo é um fator determinante no seu acesso a cuidados de saúde. Em terceiro lugar, a representação da migração é baseada no género e acompanhada de visões de identidade culturalistas-eticizantes. Finalmente, não é demais considerar a inserção dos indivíduos em grupos sociais, mas a sua integração no conjunto da sociedade, e a sua relação contínua com os seus países de destino e os da sua origem. As políticas migratórias e o acesso à cidadania, bem como uma abordagem individual de direitos humanos, intersejam-se com as identidades culturais através do C/MGF, definindo assim a relação entre certos migrantes e comunidades e instituições.



A.A.





#### 4. A prevalência do C/MGF

*Els Leye (VUB)*

O C/MGF está espalhado globalmente. A UNICEF estima que 200 milhões de raparigas e mulheres foram submetidas a C/MGF em todo o mundo (UNICEF 2016).<sup>15</sup> Ter dados fiáveis e representativos da magnitude do C/MGF, tanto nos países de origem como na diáspora, é importante por diversas razões: podem providenciar informação sobre onde o problema está mais difundido, e assim assistir na alocação de recursos; quando avaliado em intervalos de tempo regulares, pode ajudar a avaliar tendências ao longo do tempo.

Para se obterem dados representativos são utilizados questionários estandardizados: o Demographic and Health Survey (DHS) e o Multiple

Indicator Cluster Survey (MICS).<sup>16</sup> Estes questionários recolhem dados de amostras nacionais representativas em mais de 90 países. Em 27 países africanos, juntamente com o Líbano e o Iraque, foram recolhidos dados nacionais representativos sobre C/MGF. Para a Indonésia é utilizada outra fonte de dados, que recolhe dados sobre C/MGF apenas em raparigas com menos de 12 anos.<sup>17</sup>

O DHS e o MICS são utilizados em intervalos de cinco anos. Eles interrogam mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) sobre o seu estado face ao C/MGF e as circunstâncias que envolvem o corte (qual a idade aquando do corte, o tipo de corte, a pessoa que realizou o corte), bem como atitudes face à continuação do C/MGF e o estado de C/MGF das suas filhas (Shell-Duncan et al. 2016, 1-30).

Na tabela seguinte encontra-se uma visão geral da prevalência do C/MGF.



A.A.



**TABELA 1:**

**Percentagem de raparigas e mulheres entre 15-49 anos submetidas a MGF em África, Indonésia, Iraque e Iémen, e raparigas entre 0-14 anos com MGF (UNICEF 2016)**

PAÍS	PERCENTAGEM DE RAPARIGAS E MULHERES ENTRE 15 E 49 ANOS COM MGF	PERCENTAGEM DE RAPARIGAS ENTRE 0 E 14 ANOS COM MGF	PAÍS	PERCENTAGEM DE RAPARIGAS E MULHERES ENTRE 15 E 49 ANOS COM MGF	PERCENTAGEM DE RAPARIGAS ENTRE 0 E 14 ANOS COM MGF	PAÍS	PERCENTAGEM DE RAPARIGAS E MULHERES ENTRE 15 E 49 ANOS COM MGF	PERCENTAGEM DE RAPARIGAS ENTRE 0 E 14 ANOS COM MGF
Benin	9%	0.2%	Gana	4%	1%	Níger	2%	Sem dados
Burkina Faso	76%	13%	Guiné	97%	46%	Nigéria	25%	17%
Camarões	1%	Sem dados	Guiné-Bissau	45%	30%	Senegal	25%	13%
República Centro-Africana	24%	1%	Indonésia	49%	49%	Serra Leoa	90%	13%
Chade	44%	Sem dados	Iraque	8%	Sem dados	Somália	98%	Sem dados
Djibouti	93%	Sem dados	Costa do Marfim	38%	10%	Sudão	87%	32%
Egito	87%	14%	Quênia	21%	3%	Tanzânia	15%	Sem dados
Eritreia	83%	33%	Libéria	50%	Sem dados	Togo	5%	0.3%
Etiópia	74%	24%	Mali	89%	Sem dados	Uganda	1%	1%
Gâmbia	75%	56%	Mauritânia	69%	54%	Iémen	19%	15%



A.A.





Esta estimativa 'global' não inclui, porém, a Europa, o Japão, a Austrália ou os EUA, ou qualquer dos países praticantes para os quais não existem dados disponíveis, como a Colômbia, Índia, Omã, Arábia Saudita e Malásia (Van Baelen, Ortensi e Leye 2016). Na Europa não existem inquéritos sistemáticos e representativos em curso, que utilizem uma abordagem harmonizada para reunir dados sobre a prevalência do C/MGF (EIGE 2013; Leye et al. 2014). Contudo, o Instituto Europeu para a Igualdade de Género produziu metodologia e dados sobre a prevalência de raparigas em risco (EIGE 2015).

São necessários diferentes métodos para calcular a prevalência no contexto da migração, uma vez que o contexto específico não tem influência sobre isso.

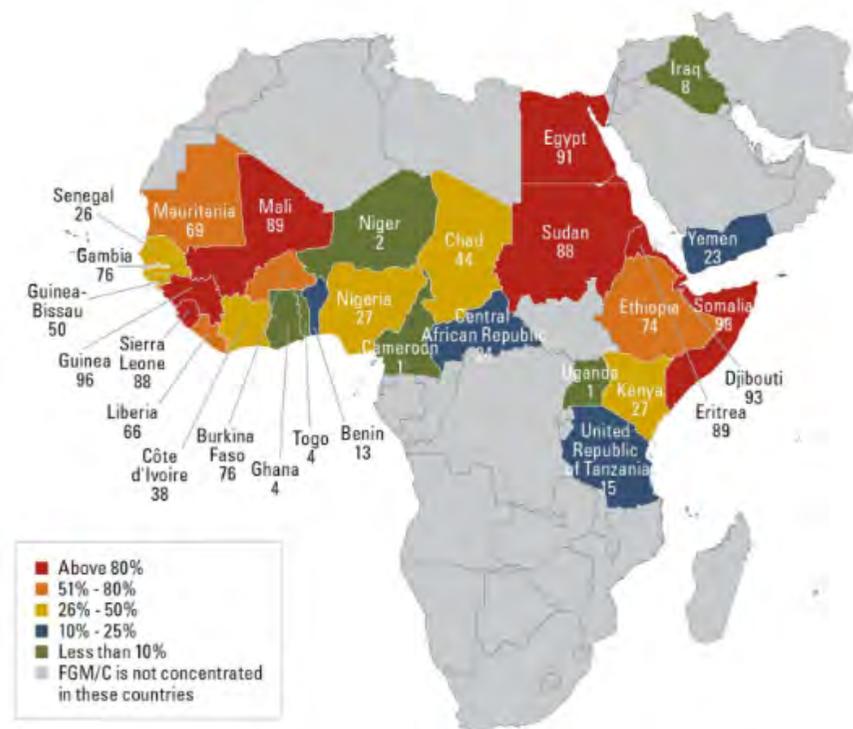
## 5. Geografias do C/MGF

*Adriana Kaplan i Nora Salas Seoane (Fundação Wassu-UAB)*

O C/MGF é praticado principalmente em 30 países da África Subsaariana, do Médio Oriente (Curdistão Iraquiano e Iémen) e da Ásia (Indonésia). Nos países africanos, a prática tem sido documentada historicamente, sendo a sua prevalência medida por agências internacionais, nomeadamente a ONU.

O Mapa 1 mostra os países em que o C/MGF é praticado e a sua respetiva prevalência.

**Mapa 1:** Percentagem de raparigas e mulheres entre 15 e 49 anos submetidas a C/MGF, por país, em África e no Médio Oriente.



**Fontes:** UNICEF 2013; bases de dados globais da UNICEF 2014, baseadas no DHS, no MICS e outros inquéritos nacionais representativos, 2004-2013.



A.A.



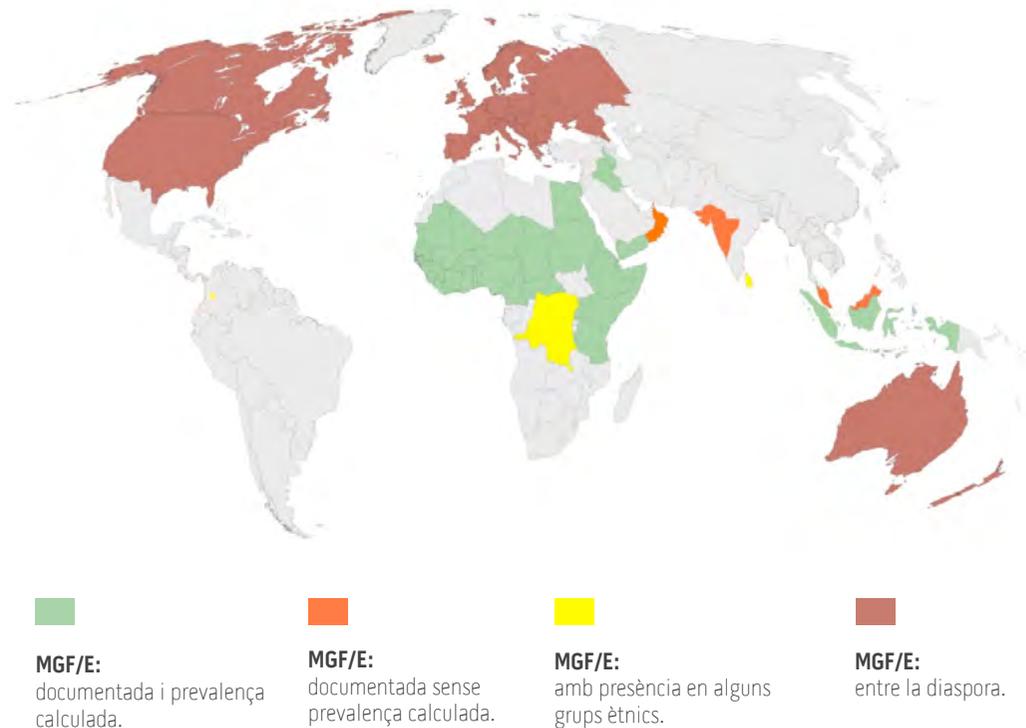


É importante referir que nem todos os grupos étnicos que vivem nestes païses praticam o C/MGF, e que nem todos os grupos praticantes seguem o mesmo procedimento. Por exemplo, a Gâmbia tem uma prevalência de C/MGF maior que o Senegal, apesar de o primeiro se localizar geograficamente dentro do último. A razão para isso é que o povo Mandinka, que constitui 42% da população da Gâmbia, tem 96,7% de prevalência, enquanto no Senegal o povo Wolof, que não pratica C/MGF numa escala tão grande, representa 42% da população senegalesa. No Quênia, os tipos I e II são os mais prevalentes, mas entre os somalis do Quênia 13,4% das mulheres são referidas como tendo sido submetidas ao tipo III, o que demonstra diferenças na prática entre grupos étnicos e também dentro de um mesmo grupo étnico.

Na Ásia, o C/MGF tem sido reportado na Indonésia e na Malásia (Belluck e Cochrane 2016), onde a prática é medicalizada e as mulheres frequentam postos médicos para se submeterem ao procedimento. Existem outros païses nos quais a prática tem sido reportada, como Omã (Al Hinai 2014), e entre as populações Bohra na Índia (Goswami 2012). No departamento Risaralda na Colômbia, o grupo étnico Emberá-Chamí pratica o C/MGF (UNFPA-Colombia 2011).

O mapa seguinte mostra os païses em que foi detetado o C/MGF.

**Mapa 2:** Mapa mundial do C/MGF



**Produït per:** Fundació Wassu-UAB i el Grup Interdisciplinari per a la Prevenció i l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials (GIPE-PTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2016



A.A.



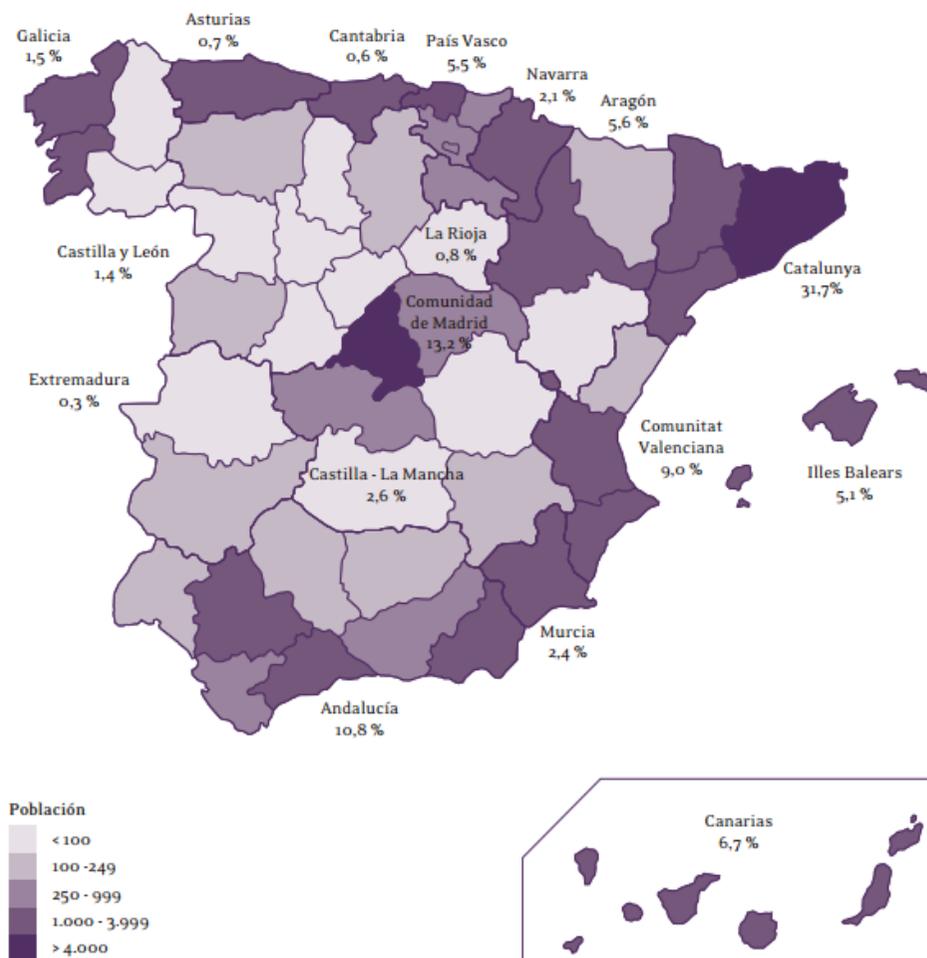


Com os movimentos migratórios, o C/MGF também pode ser encontrado na diáspora. Na Europa não existe um critério comum para medir a prevalência da prática devido à falta de consenso sobre as metodologias e as fontes de informação. Contudo, alguns estudos realizaram estimativas sobre o número de mulheres submetidas ao C/MGF que vivem nos países de destino, como a Bélgica (Dubourg et al. 2011), França (Andro e Lesclingand 2007) e Itália (Istituto Piepoli 2009).

Em Espanha, um mapa sobre C/MGF é regularmente atualizado a cada quatro anos, localizando geograficamente e demograficamente as mulheres provenientes de países onde o C/MGF é praticado (Kaplan, Merino e Franch 2002; Kaplan e López 2010, 2013; GIPE/PTP 2006). Este instrumento permite realizar comparações entre movimentos migratórios ao longo do tempo. Também é útil para informar os decisores políticos no sentido de delinear e implementar programas para prevenir a prática e apoiar localmente a gestão das suas consequências nas mulheres e crianças. Para que se possa ter uma perspetiva mais informada sobre as políticas da saúde, e para aumentar a sensibilização acerca da localização geográfica de potenciais casos de C/MGF, Portugal e Bélgica têm os seus próprios mapas sobre a prevalência da prática. Estes mapas possuem a estimativa das mulheres com menos de 15 anos que podem ter sido submetidas a C/MGF, ou que se encontram em risco disso, que vivem em Portugal e na Bélgica (Mapas 4 e 5)

**Font:** Kaplan, Adriana, e Antonio López. 2013. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012. Espanha: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions.

**Mapa 3:** C/MGF em Espanha



A.A.



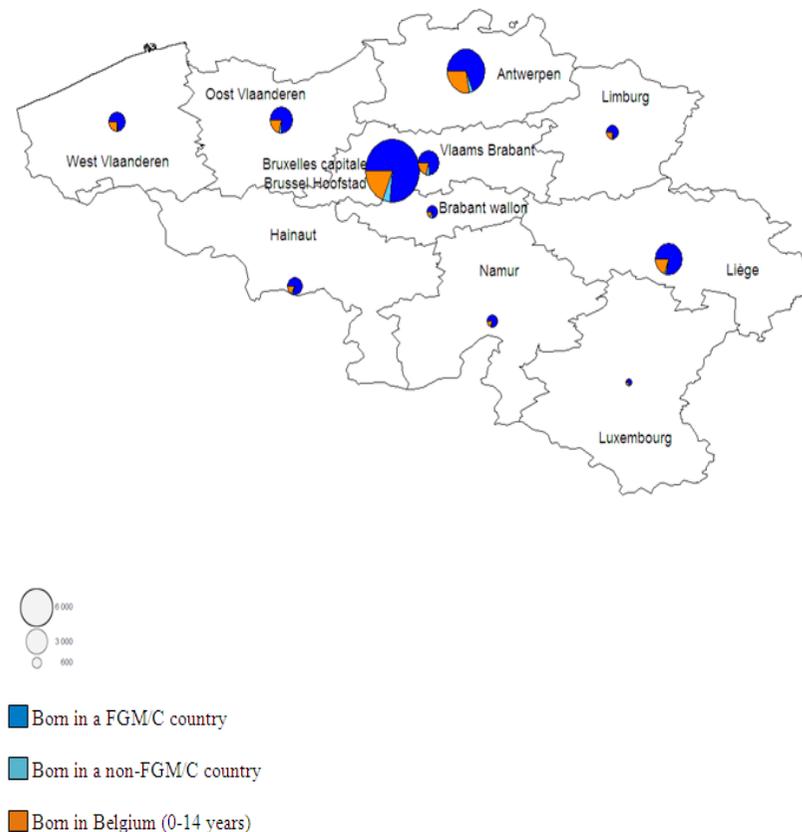


Mapa 4: C/MGF em Portugal



Fonte: Teixeira, Ana Lúcia. 2016. 'Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal.' Public Health 139:53-60.

Mapa 5: C/MGF na Bélgica



Fonte: Dubourg, Dominique, Fabienne Richard, Els Leye, Samuel Ndamé, Tien Rommens, e Sophie Maes. 2011. 'Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium.' The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 248-57.



A.A.





## 6. Aspetos críticos da proibição criminal do C/MGF

*Julia Roper Carrasco (URJC)*

### Diferenciação prévia: Países de origem e países de destino das comunidades que praticam C/MGF

A intervenção da lei criminal como mecanismo de resposta e prevenção do C/MGF levanta diferentes questões que ainda não foram resolvidas de forma satisfatória e que devem ser tidas em conta. Para as compreender, deveria estabelecer-se uma distinção entre diferentes tipos de contextos políticos, legais e sociais. Por um lado, nas regiões do mundo nas quais o C/MGF se difunde amplamente –maioritariamente (mas não apenas) países africanos– a principal dificuldade é a ineficácia da lei criminal.

Apesar de, devido à pressão internacional, o C/MGF ter sido criminalizado em muitos destes países, na prática ele não é julgado, o que se deve a diversas razões. Em alguns casos tal deve-se à falta de recursos para implementar políticas de prevenção, necessárias para decretar a proibição. Em outros países, a fraqueza e a corrupção do Estado limitam o interesse por este assunto, que não é considerado prioritário. A estes constrangimentos frequentemente acrescenta-se o desafio sociocultural de modificar tradições de longa data que estão profundamente ancoradas em estruturas tribais, nas quais o sujeito individual tem um valor relativamente baixo, comparativamente ao poder da comunidade (Kaplan

2003, 21). A ineficácia da lei criminal nos países de origem contribui para a consolidação da prática, uma vez que reforça a crença de que, independentemente do que a lei determina, normas sociais e culturais são válidas e podem prevalecer (Roper Carrasco 2001, 1395-96).

Nos países de destino, esta convicção dota os migrantes da pretensão de terem direito à identidade cultural através da preservação das suas próprias tradições. Os sentimentos de desenraizamento dos migrantes e a sua subsequente vulnerabilidade explicam a necessidade de reafirmar esta identidade através de práticas tradicionais ou religiosas (como jejuar durante o Ramadão ou envergar trajes tradicionais) para protegerem a sua dignidade enquanto seres humanos. O choque entre a aspiração e a realidade nos países de destino é ainda mais dramática no caso do C/MGF. Enquanto utilizar um véu nos países Ocidentais é relativamente aceite, o C/MGF é uma prática que suscita repulsa dentro da sociedade de acolhimento. Como resultado, um sentimento de desaprovação, enfatizado pelo facto de o C/MGF ser uma prática criminosa, estende-se não apenas às vítimas da prática e às raparigas em risco, mas também aos seus pais e familiares (Sanz Mulas 2014, 11-38).

### Direito Penal e C/MGF no mundo ocidental Ponto de partida: proibição penal essencial

A intervenção da lei criminal na luta contra o C/MGF é essencial. O C/MGF é uma ofensa grave contra os direitos legais fundamentais, como



A.A.





a integridade física e, mais amplamente, a saúde pessoal (incluindo saúde psicológica, bem-estar físico e a total fruição da sexualidade e da maternidade). A ameaça de punição é uma medida necessária para difundir a ideia, especialmente dentro das comunidades praticantes, de que o C/MGF é uma ofensa grave que não pode ser justificada pela sua componente cultural (Roper Carrasco 2003, 372-74).

A primazia da proteção dos direitos fundamentais sobre qualquer prática costumeira (mesmo se for considerada uma manifestação cultural) está incorporada no direito internacional. Por exemplo, a Declaração da ONU sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, de 1993, estabelece no seu artigo 4 que o Estado não deve invocar qualquer costume, tradição ou consideração religiosa para evitar a sua obrigação de eliminar a violência contra as mulheres. Outros instrumentos internacionais, a nível global ou regional (especialmente da União Europeia e do Conselho da Europa), têm consolidado este princípio. Uma vez que o C/MGF é uma prática violenta baseada no género que prejudica a integridade física e a saúde, o direito internacional reconheceu que se trata de uma forma de violência de género (Sanz Mulas 2014, 11-42; Mestre i Mestre e García Añón 2008).

### As consequências da intervenção penal

Espera-se que a intervenção penal atinja o seu objetivo principal, o da prevenção, para que a criminalização do C/MGF tenha um efeito dissuasor

e contribua para erradicar a prática. Juntamente com este efeito positivo, reconhecer as consequências negativas que podem surgir da aplicação da lei criminal é uma tarefa ética e necessária (Leye e Deblonde 2004, 44). Recorrer à lei penal tem, de facto, um custo, uma vez que o instrumento utilizado –a imposição da punição– representa a limitação dos direitos fundamentais, acompanhada pela marginalização social (Fusaschi 2014, 101), descrita como se segue.

Se migrantes, cuja filha tenha sido submetida ao C/MGF, entenderem que eles (ou outros familiares) podem ser acusados desse crime, poderão não trazer a vítima ou os familiares em causa para o país de destino, e a reunificação familiar poderá assim ser impedida (Llabrés Fuster 2006, 70). Uma vez chegados ao país de destino, estes migrantes podem tentar evitar situações em que o C/MGF possa ser detetado, como exames médicos.

Em segundo lugar, incriminar os pais como promotores da mutilação pode colocar o menor numa situação mais séria de falta de proteção, considerando as circunstâncias socioeconómicas precárias destes grupos em geral (Sanz Mulas 2014, 31).

Além disso, existe o risco de que a incriminação possa favorecer, pelo menos inicialmente, uma consolidação destas práticas pelas comunidades, como forma de reafirmarem as suas identidades étnicas (Foblets 2006, 310). Finalmente, a estigmatização social que qualquer punição penal



A.A.





normalmente implica pode acabar por agravar a marginalização de grupos migrantes associados ao C/MGF, com base na ideia errónea da superioridade cultural (Herrera Moreno 2002, 51).

### A intervenção do direito criminal pelo menor custo possível

A acusação criminal do C/MGF não deve ser a única forma de combater a prática. Programas de educação, prevenção e proteção para mulheres e crianças – todos destinados a criar uma mudança nas crenças e nos comportamentos, bem como a assegurar assistência aos migrantes – poderão garantir uma proteção mais abrangente para todos os interesses em causa. É por isso que a criminalização do C/MGF deve ser inserida em programas mais amplos que garantam a preservação das várias questões legais envolvidas (Torres Fernández 2005, 960).

Ao contrário, um duplo risco poderá surgir: o de o C/MGF ser criminalizado sem se mitigarem as possíveis repercussões negativas da criminalização (Kaplan 2003, 30), ou que, numa tentativa de se evitarem essas consequências, se renuncie à denúncia dessas práticas ou à imposição de sentenças condenatórias.

## 7. Uma abordagem global para o abandono do C/MGF

*Els Leye (VUB)*

Dada a complexidade do fenómeno do C/MGF, é importante abordá-lo a diferentes níveis. Uma abordagem abrangente, focada na prevalência, prevenção, proteção, criminalização e fornecimento de serviços (em inglês 'os cinco P's' [prevalence, prevention, protection, prosecution and the provision of services]) é frequentemente utilizada quando se discute a violência de, incluindo o C/MGF (EIGE 2013).

Uma vez que a prevalência do C/MGF já foi discutida neste manual, este capítulo foca-se nas restantes dimensões: prevenção, proteção, criminalização e fornecimento de serviços.

### Prevenção

O trabalho de prevenção do C/MGF precisa de definir padrões inerentes de comportamento sociocultural, os quais são as suas causas enraizadas e deveriam ser abordados dentro da UE, bem como nos países em que ocorrem atos de C/MGF (EIGE 2013). A Convenção do Conselho da Europa de 2010, Convenção para a Prevenção e Combate da Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica, ou Convenção de Istambul, define a prevenção como 'o desenvolvimento de medidas para promover mudanças nos padrões sociais e culturais de comportamento de mulheres e homens



A.A.





com vista a erradicar estereótipos e preconceitos, costumes, tradições e todas as outras práticas que se baseiam na ideia da inferioridade das mulheres ou em papéis estereotipados para mulheres e homens. Implica apoiar a criação de um ambiente de oportunidades para mulheres e raparigas e encorajar o seu empowerment. Também significa o reforço das instituições que se encontram em posição de garantir uma resposta à questão da violência contra as mulheres' (Conselho da Europa – Amnistia Internacional 2014).

Uma enorme variedade de atividades pode ser utilizada para prevenir o C/MGF. Algumas das mais populares são: consciencialização e sensibilização entre os vários grupos-alvo (incluindo homens e rapazes), formação de profissionais (saúde), delinear intervenções orientadas para as comunidades, emissão de declarações públicas contra o C/MGF, utilização dos media para difundir mensagens, capacitar mulheres e raparigas, lidar com estereótipos de género e garantir que a cultura, os costumes, as religiões, as tradições ou a denominada 'honra' não sejam invocados para justificar qualquer ato de violência (Johansen et al. 2013). As atividades de prevenção são direcionadas para a mudança de comportamento, face ao abandono de todas as formas de C/MGF. Todavia, na realidade, os recursos para as organizações comunitárias que trabalham na prevenção do C/MGF são limitados, fazendo com que se reduzam as atividades destinadas à mudança comportamental a longo prazo (EIGE 2013).

## Proteção

A proteção do C/MGF tem sido identificada com a proteção de crianças para não serem submetidas à prática, protegendo também aquelas que já a sofreram de outros danos, e garantindo proteção internacional.

- Proteção de crianças. As raparigas em risco de C/MGF devem ser adequadamente protegidas. Os/as profissionais que poderão encontrar/sinalizar raparigas em risco são professores, profissionais de saúde, polícias, assistentes sociais e agentes de proteção de menores. A maioria dos países tem em vigor políticas de proteção de menores, as quais podem ser utilizadas neste âmbito. Contudo, é essencial que os/as profissionais que se confrontem com C/MGF saibam os fatores de risco e os mecanismos legislativos e de proteção que existem aos níveis locais e nacionais. (EIGE 2013). A este respeito importa ter em consideração as garantias de sigilo profissional que regulam o dever de denunciar casos de abuso de crianças.
- As vítimas de C/MGF devem poder usufruir de um conjunto de serviços especializados, incluindo serviços legais, psicológicos, de assistência social e de saúde, para garantir a sua recuperação do trauma e a prevenção de problemas de saúde graves, de acordo com a Comissão da ONU sobre o Estatuto das Mulheres (2011). Para mais informação, ver 'Fornecimento de serviços'.



A.A.





- Proteção internacional: as vítimas ou as potenciais vítimas de C/MGF podem ser consideradas membros de um grupo social particular de acordo com a Convenção de Genebra de 1951. O C/MGF é reconhecido como uma forma de violência contra as mulheres, equivalente à perseguição baseada no gênero e à perseguição de crianças, e, como tal, considerada como fundamento para o pedido de asilo. Isto significa que raparigas ou mulheres em busca de asilo por terem sido submetidas a C/MGF, ou suscetíveis de virem a ser submetidas, podem qualificar-se ao estatuto de refugiadas de acordo com a Convenção de Genebra (UNHCR 2009; Conselho da Europa e Amnistia Internacional 2014).

## Criminalização

Muitos países criminalizaram o C/MGF mas o número de casos judiciais permanece limitado (Leye et al. 2007; Johnsdotter e Mestre i Mestre 2015), devido aos obstáculos em detetar casos de C/MGF e às dificuldades de encontrar provas suficientes para levar um caso a tribunal (Leye et al. 2007). É comummente aceite que as leis, por si só, não conseguem conter a prática de C/MGF, mas os esforços para o criminalizar devem estar lado a lado com a prevenção, a proteção e o fornecimento de serviços.

Criminalizar o C/MGF é parte integrante da abordagem baseada nos direitos humanos para combater a violência contra as mulheres (EIGE 2013). Segundo a Convenção de Istambul, por exemplo, requer-se aos Estados que

tomem as necessárias medidas legislativas, e outras, para assegurar que as investigações e os procedimentos judiciais relativamente à violência contra as mulheres (incluindo C/MGF) são cumpridos sem atrasos.

As leis criminais ajudam a criar um ambiente de oportunidade para as ações contra o C/MGF: garantem uma plataforma legal de ação e oferecem proteção legal às mulheres, e podem desencorajar excisores/as e famílias através do medo de serem acusados/as (Johansen et al. 2013). Porém, a pesquisa sobre a implementação de leis criminais contra o C/MGF entre as diásporas revelou vários obstáculos à sua criminalização (Leye et al. 2007; Johnsdotter e Mestre i Mestre 2015), e permanece pouco claro o seu impacto nos esforços para o desejado abandono social de todas as formas de C/MGF.

## Fornecimento de serviços

Uma larga diversidade de serviços está envolvida no apoio às mulheres com C/MGF, ou àquelas em risco de o sofrer. Dada a diversidade de setores envolvidos, é fundamental a sua cooperação efetiva. Estes setores incluem as agências de proteção de menores, a polícia, os serviços de saúde, as escolas, as ONG e os serviços legais. Estes serviços variam entre o aconselhamento (legal, psicológico e sexual) e a assistência financeira, os cuidados de saúde e os serviços sociais. Os serviços podem ser gerais (serviços disponíveis para o público em geral, como o aconselhamento jurídico) ou especializados (como clínicas especializadas em C/MGF na Bélgica).



A.A.





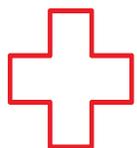
# Capítulo III

Medicina, enfermagem e partos



A.A.





# Capítulo III

## Medicina, enfermagem e partos

### OBJETIVOS DIDÁTICOS

1. Conscientizar os/as futuros profissionais de saúde sobre a importância de uma abordagem sensível e holística ao lidar com mulheres e raparigas afetadas por, ou em risco de, C/MGF.
2. Familiarizar os/as futuros profissionais de saúde com casos reais de C/MGF para melhor compreenderem a sua complexidade ao tratarem mulheres e raparigas com, ou em risco de, C/MGF.
3. Fornecer conhecimentos para a gestão técnica e clínica de complicações relacionadas com C/MGF.

### RESUMO

1. Cuidar de mulheres e raparigas com, ou em risco de, C/MGF (Maya Pellicciari e Sabrina Flamini, Fundação Angelo Celli)
  - 1.1. Profissionais de saúde e casos de C/MGF
  - 1.2. Como reagir perante mulheres e raparigas com C/MGF
  - 1.3. Como reconhecer/identificar modificações genitais
  - 1.4. Gestão de casos e implicações éticas/profissionais
  - 1.5. O dever de reportar casos de C/MGF
2. Intervenção preventiva face ao C/MGF (Nora Salas Seoane, Fundação Wassu-UAB)
  - 2.1. O papel crucial da intervenção preventiva
  - 2.2. Intervenção preventiva: por quem e como
  - 2.3. Ferramentas para a prevenção do C/MGF
3. Gestão clínica do C/MGF e as suas complicações (Els Leye, VUB)
  - 3.1. Gestão de complicações a longo prazo, incluindo queiloide, fístula e incontinência, abscessos, neuroma clitoral e quistos (FOD Volksgezondheid 2011)
  - 3.2. Desinfibulação (FOD Volksgezondheid 2011; World Health Organization 2016)
  - 3.3. Aconselhamento e terapia psicossocial
  - 3.4. Cirurgia reconstrutiva do clitóris após C/MGF
  - 3.5. Exemplos de serviços de saúde e diretivas na Europa



A.A.





Existem diferentes formas de abordar o corpo, a saúde, o mal-estar e a doença. Este capítulo foca-se na prestação de cuidados àquelas que sofreram C/MGF e à prevenção do C/MGF entre aquelas que se encontram em risco, partindo de uma perspetiva abrangente, cultural e socialmente aceitável, assente nos cuidados de saúde primários. Dada a complexidade do C/MGF, esta perspetiva é considerada mais adequada do que as biomédicas, as hospitalares ou as relacionadas com a doença.

## 1. Cuidar de mulheres e raparigas com, ou em risco de, C/MGF

*Maya Pellicciari e Sabrina Flamini (Fundação Angelo Celli)*

### 1.1. Profissionais de saúde e casos de C/MGF

Os sintomas e as doenças, apesar de terem uma base orgânica, são percecionados subjetivamente pelos pacientes de muitas formas diferentes: a doença (sentimentos de dor, fadiga, fraqueza, desconforto, aflição, confusão, medos, expectativas de recuperação) é uma experiência muito pessoal e pode ser moldada por muitos fatores não relacionados com a doença, como as crenças culturais. Os sintomas descritos podem não ser confirmados através do diagnóstico médico, ou um diagnóstico pode não corresponder aos sentimentos e perceções do paciente. Este fosso pode afetar profundamente o 'sucesso' da consulta, do exame e da recuperação. As pessoas podem entender e sentir os seus sintomas e/ou doenças de formas totalmente diferentes dos/das profissionais de saúde. A perspetiva

biomédica tende a ser redutora, omitindo o enquadramento sociocultural no qual sintomas e/ou doenças são produzidos e representados.<sup>18</sup>

O C/MGF é uma prática cultural, mas um/a profissional de saúde pode sentir-se tentado/a a tratá-lo meramente como um sintoma ou doença, e/ou ser surpreendido/a ao descobrir que algumas mulheres se consideram a si próprias perfeitamente 'normais' e saudáveis, e não pretendem ser tratadas por um/a médico/a ao que este/a considera como sendo um sintoma. A normalidade não pode ser entendida como algo universal, mas sim como uma perspetiva baseada em valores, normas e representações (culturas), mesmo quando diga respeito a questões aparentemente neutras (naturais/orgânicas/médicas).

#### **DILEMMA:**

***O que é normal? O que é patológico?  
Qual o papel do profissional de saúde  
em casos semelhantes?***

*A biomedicina vê as dificuldades em urinar como um sintoma que requer cuidados. Em alguns casos, contudo, um fluxo urinário lento e gotejante é uma das razões pelas quais se pratica a infibulação. É a confirmação do sucesso da construção do corpo feminino,*



A.A.





*diferenciando-o do masculino, o qual se caracteriza por um fluxo rápido e abundante. Neste caso, perguntar à paciente se urina 'normalmente' não é uma pergunta adequada. A resposta será orientada por aquilo que a paciente considera 'normal' e poderá não ser muito útil para os/as profissionais de saúde produzirem um diagnóstico conveniente. Perguntar 'quanto tempo demora a urinar?' é uma questão mais útil e evita enviesamentos culturais.*

O C/MGF não é por si só uma doença, nem está necessariamente ligado a sintomas: refere-se a um conjunto de diferentes práticas de modificações genitais, que podem ter ou não consequências médicas, ou seja, que resultem em sintomas ou doença. Quanto mais invasiva for a prática (como a infibulação), maiores serão as consequências para a saúde. Na maioria dos casos as pessoas não contactam os serviços de saúde para pedir explicitamente tratamento para o C/MGF pois, frequentemente, nem sequer sabem que o C/MGF pode ter consequências para a saúde.

Geralmente, um/a profissional de saúde pode ver-se confrontado com o C/MGF nas seguintes situações:

- A paciente recorreu aos serviços por razões não relacionadas com C/MGF e o/a profissional de saúde avaliou que se tratava de C/MGF

durante outros exames, por exemplo um/a pediatra que examina os genitais numa consulta de rotina; um/uma dermatologista durante um exame preventivo de procura de verrugas; um/uma ginecologista/enfermeiro/a /parteiro/a durante check-ups gerais, consultas pré-natais, tratamentos ou cuidados preventivos; ou durante a recolha da história médica/fisiológica da paciente.

- A paciente recorre aos serviços devido a sintomas relacionados com C/MGF apesar de não ter noção de que estão relacionados (como problemas urinários, cólicas, dor menstrual ou dificuldades sexuais).
- A paciente recorre aos serviços devido a uma questão explicitamente relacionada com C/MGF. Isto pode incluir: (a) pedidos inapropriados (como pais pedirem para as crianças serem submetidas a C/MGF; uma mulher grávida a solicitar reinfibulação após dar à luz); (b) pedidos para o tratamento de sintomas atribuídos ao C/MGF; (c) pedidos para intervenção com desinfibulação e/ou reconstrução do clitóris; (d) pedidos para declarações ginecológicas para requerentes de asilo (nos países em que é aplicável).

Cada situação refere-se aos diferentes níveis de adesão, e de participação, das pacientes nos serviços de saúde, e cada uma requer que os/as profissionais de saúde aí adotem diferentes atitudes, comportamentos e intervenções.



A.A.





## EXERCÍCIO

*Para cada um dos casos mencionados, tentar resolver todas as situações possíveis através de role-play ou de discussões em grupo.*

## O CASO DE LIZA

*Liza é uma requerente de asilo de 31 anos proveniente da Nigéria, que foi para Itália com o seu marido e a filha de três anos. A sua declaração médica registava o tipo II de MGF, mas ela não tem memória dessa experiência. Fala sobre excisão como algo 'natural' e óbvio, mesmo quando refere problemas sexuais que relaciona com a intervenção. Durante a primeira consulta pediátrica da sua filha, Liza pergunta ingenuamente ao médico onde e quem poderá excisar a bebé. Durante outra entrevista, desta vez com um antropólogo, ela revela detalhes que ajudam a clarificar as razões do seu pedido: quer encontrar uma solução para a excessiva sensibilidade genital da bebé no banho – algo que considera como sendo um distúrbio ligado ao 'tamanho desproporcionado' dos genitais externos.*

Dos casos registados pelo Centro da Umbria para o Estudo e Prevenção da MGF (Itália), 2016.

## 1.2. Como reagir perante mulheres e raparigas com C/MGF

Devido à presença de populações migrantes/refugiadas na Europa, é provável que os/as profissionais de saúde encontrem uma mulher/rapariga com os genitais modificados. Nestes casos, o seu tipo de reação desempenha um importante papel no estabelecimento de uma boa relação com a paciente e pode aumentar os níveis de cooperação. Os/as profissionais de saúde devem ter noção de que cada sinal verbal e não-verbal (expressões faciais, gestos, silêncios, comentários, tons e terminologia) podem ser mal interpretados pelas pacientes e despoletar reações que podem afetar negativamente as relações de cuidado. Eles/elas estão, de facto, constantemente sob observação da paciente e as suas atitudes e comportamento podem gerar preocupação, ansiedade, vergonha ou ofensa. Os/as profissionais de saúde devem ser sensíveis e cuidadosos, prestando atenção às reações que podem considerar inofensivas, mas que podem, afinal, conter atitudes racistas e/ou causar estigmatização e insultos.

- As reações de escândalo e choque podem advir de profissionais sem experiência, sem preparação para lidar com, ou discutir, modificações genitais.
- A culpa e/ou vitimização também são reações muito comuns. Ambas provêm da abordagem eurocêntrica e paternalista ao que é diferente, inesperado ou desconhecido – aquilo que parece ser considerado inferior, 'estranho', ou a necessitar de conversão ou salvação.



A.A.





- As reações de surpresa, o sarcasmo e a curiosidade excessiva podem ser consideradas inofensivas pelos/pelas profissionais de saúde, mas frequentemente escondem uma visão exotizada e espetacularizada da diversidade, que faz com que a paciente se sinta bizarra e ridícula.

#### EXCERTO DE ENTREVISTA (BAGAGLIA ET AL. 2014, 60)

*'A primeira vez que fui a uma consulta, imediatamente após ter-me deitado, o ginecologista ficou chocado e exclamou "Oh minha senhora! O que lhe aconteceu? Foi queimada?!" E eu disse, "Não! Foi cosido. Isso não vem escrito nos vossos livros?! Você é médico – fala-se sobre isto nos manuais," porque o meu marido era médico e foi ele que me disse isto. Eu disse "Não existe nenhum manual sobre este assunto africano?!" E ele respondeu, "Não, eu nunca ouvi falar disto!" "OK, está na altura de o fazer porque nós agora somos muitas aqui na Europa!" (Mulher somali, 70 anos de idade).*

#### EXCERTO DE ENTREVISTA (BAGAGLIA ET AL. 2014, 59)

*'Uma médica veio ver-me, depois chamou a enfermeira e outros médicos – vieram muitos! Pareceu-me tão mal porque ela disse exactamente isto, "Venham cá ver este espectáculo!" Ela estava a falar sobre excisão e depilação dos pêlos púbicos. Também numa outra clínica havia um médico que não conseguia compreender o que era, mas estava lá uma amiga dele, uma enfermeira negra, que disse "Para si é uma novidade, mas no nosso país existe!" (Mulher etíope, 38 anos de idade)*

Face a estas atitudes e comportamentos, a paciente pode sentir-se rejeitada ou julgada, como se incorporasse tradições e valores incorretos ou inferiores. Como reação, pode recusar qualquer contato com os serviços de saúde, ou aderir ou defender o C/MGF, mesmo se previamente havia criticado a prática ou estava disposta à mudança. Uma atenção especial deve ser dada à terminologia e às palavras, uma vez que as pacientes por vezes desconhecem os termos técnicos ou oficiais utilizados para referir as modificações genitais. As pacientes também podem ficar perturbadas perante palavras como 'mutilação', a qual é frequentemente entendida como etnocêntrica e discriminadora. Uma referência geral a 'circuncisão (feminina)' ou o uso do termo na língua de origem da mulher, se existir, poderá ser mais útil para introduzir a questão.<sup>19</sup>



A.A.





## EXERCÍCIO

*Fazer um role-play da relação entre o/a profissional de saúde e a paciente com C/MGF.*

### 1.3. Como reconhecer/identificar modificações genitais

A tipologia da OMS (ver o Capítulo I deste guia) é uma ferramenta útil para a identificação das modificações genitais e da sua gravidade. Contudo, uma vez que o C/MGF consiste em intervenções não-estandardizadas, muitas vezes desempenhadas em fases muito precoces da vida de uma paciente, poderá moldar os genitais de várias formas diferentes, sendo que essas modificações nem sempre caberão dentro das tipologias da OMS. Por esta razão, muitas vezes os/as profissionais de saúde encontram dificuldades em identificar modificações genitais de acordo com os tipos da OMS. Uma observação atenta, apoiada pela recolha rigorosa e culturalmente sensível de uma história médica, pode ajudar o/a profissional de saúde a identificar até as formas menos invasivas de C/MGF.

As competências de identificação do C/MGF são muito importantes para os/as profissionais de saúde, os/as quais deverão desenvolver a capacidade profissional de reconhecer convenientemente e descrever corretamente as alterações observadas para:

- Uma avaliação adequada de cada caso, e para que se tomem as melhores decisões no superior interesse da paciente.
- Não sobrestimar situações em que o C/MGF não é uma prioridade.

### O CASO DE SARAH

*Sarah tem 23 anos mas parece mais nova. Saiu da Nigéria há quatro anos e, após dois dias num pequeno barco, chegou a Itália de forma clandestina, desembarcando em Lampedusa. É relutante em falar sobre a sua chegada, o que sugere que foi uma experiência difícil e dolorosa que não quer recordar.*

*Sarah vive num pequeno apartamento com várias outras pessoas. Alguém lhe disse que ela deveria denunciar a pessoa que a forçou à prostituição para obter autorização de residência, mas ela diz que não há ninguém para denunciar. Sente-se encurralada numa situação sem saída e da qual gostaria de fugir, mas não sabe como o fazer.*

*Sarah está constantemente à procura de trabalho –um que seja regular– para que possa escapar do negócio do sexo e regularizar a sua presença em Itália. Quando lhe perguntamos que tipo de trabalho gostaria de fazer, ela responde, Tanto faz –qualquer tipo de*



A.A.





*trabalho! Podemos facilmente imaginar que ela tenta perceber se a nossa reunião resultará em algo benéfico para ela– um trabalho? Um lugar para ficar? Uma autorização de residência? Informação útil? Que decepção quando começamos a falar sobre circuncisão feminina! 'Oh!' diz ela, então é sobre isso que afinal estamos interessados em falar? É por causa disso que estamos interessados nela? É isso que nós pensamos que ela realmente precisa? A tensão desaparece, as expectativas caem. O tom torna-se mais fácil, Sarah sorri, surpreendida quando percebe que nós não somos circuncidados, que os nossos genitais não foram tratados ou embelezados, como os dela (Bagaglia et al. 2014, 33-34).*

- Evitar subestimações da paciente e a não perder a oportunidade de oferecer informações de prevenção à família, também em casos aparentemente menos invasivos (por exemplo, a ausência de marcas de picadas pode indiretamente apoiar a ideia de que estas não são tão prejudiciais e, assim, as famílias podem facilmente picar as suas filhas).
- Garantir certificação no processo legal dos pedidos de asilo que se baseiam no medo de C/MGF. A este respeito, é necessário que os/as profissionais de saúde recorram à terminologia da OMS para evitar equívocos.

**ITÁLIA:** *Ter sido submetida a C/MGF (ou meramente estar em risco de o ser) em Itália é considerado um pré-requisito para o reconhecimento do estatuto de refugiado pela perseguição com base no género (Convenção de Genebra; Ato Legislativo No. 251/2007, Artigos 2 e 7). Requerentes de asilo identificadas como vítimas de C/MGF são consideradas 'pessoas com necessidades de cuidado especiais' que devem ser reconhecidas e tratadas pelas estruturas de saúde governamentais (Ato Legislativo No. 142/2015, Artigo 17). Uma das formas de provar tal identificação é através de uma declaração médica.*

**ESPAÑA:** *De acordo com a Lei 12/2009 de 30 de Outubro de 2009, que regula o direito de asilo e a proteção subsidiária, os requerentes de asilo podem obter o estatuto de refugiados quando são perseguidos em virtude de violência baseada no género e por 'atos sexuais realizados em crianças ou adultos'. Não existe referência específica ao C/MGF mas ele está subentendido na seção mencionada. A aceitação depende do caso e da documentação apresentada.*

**BÉLGICA:** *O medo de C/MGF é reconhecido como fundamento para requerer asilo e garantir o estatuto de refugiado. As mulheres podem requerer asilo se temerem o C/MGF (nos casos em que*



A.A.





*ainda não foram excisadas), se temerem uma forma mais grave de C/MGF do que a que já possuem, ou se temerem que o C/MGF seja executado nas suas filhas. É necessária uma declaração médica.*

**PORTUGAL:** *Requerentes de asilo identificadas como vítimas de C/MGF são consideradas 'candidatas com necessidades especiais de receção', de acordo com a Lei N.º 26/2014, Artigo 2, N.º 1, alínea ag). O Artigo 5 desta Lei também afirma que atos de violência sexual e 'atos cometidos especificamente com base no género ou contra menores' são atos de perseguição, os quais representam fundamento para requerer asilo e estatuto de refugiado. É necessário apresentar testemunhas e provas para que se garanta a proteção internacional.*

#### 1.4. Gestão de casos e implicações éticas/profissionais<sup>20</sup>

Confrontados com um caso de C/MGF bem identificado, um/uma profissional de saúde pode seguir uma série de diferentes caminhos, desde a prevenção pura até à cirurgia final e reparadora, dependendo da gravidade da situação e do pedido/colaboração das pacientes.

Dada a complexidade do C/MGF e dos seus possíveis impactos negativos na saúde física e psicológica, a abordagem deverá ser multidisciplinar. É aconselhável que o/a profissional ou serviço pertença a uma rede de referência

mais ampla de profissionais ou que identifique/consulte um centro local multidisciplinar especializado em C/MGF para referenciar as pacientes.

A prevenção pode ser o foco principal em muitas situações, tendo em conta que toda a família (incluindo os que permanecem no país de origem) deve ser envolvida, para garantir um real abandono da prática (ver a secção 2 deste capítulo). Os/as pediatras, em particular, desempenham um papel chave, uma vez que têm a possibilidade de monitorizar casos em risco através de exames genitais periódicos e de conversas regulares aprofundadas com as famílias. A gestão de sintomas específicos que as pacientes relacionam direta ou indiretamente com o C/MGF também confere ao/à profissional de saúde uma hipótese para discutir a prevenção do corte das suas filhas, ou oferecer às pacientes uma cirurgia reparadora. No caso de sintomas graves (ver secção 3.2. deste capítulo) a intervenção cirúrgica pode mesmo ser necessária.

A situação mais complexa surge quando se escolhe a desinfibulação e/ou a reconstrução clitorial (sugerida pelos/pelas profissionais de saúde ou solicitada pelas pacientes). Estes passos requerem uma total colaboração das pacientes, juntamente com o eventual envolvimento dos familiares, uma abordagem multidisciplinar, um aconselhamento constante e o apoio durante todo o processo (desde a tomada de decisão até após a intervenção; ver seções 3.3. e 3.4. neste capítulo).

A presença de mediadores/as linguísticos/as, antropólogos/as e outros/as facilitadores comunitários/as é sempre altamente recomendada, pois



A.A.





podem desempenhar um papel crucial para definir o processo de cuidado e a sua continuidade e eficácia.

### 1.5. O dever de reportar casos de C/MGF

Em todos os países europeus os/as profissionais de saúde estão comprometidos a reportar ofensas corporais, no caso de serem ofensas criminais. O C/MGF é considerado uma ofensa criminal, mas devido ao facto de incluir muitas práticas diferentes com diversas consequências (e em alguns casos tais consequências nem se verificam), existe um enorme e controverso debate acerca deste dever profissional. Muitos/as profissionais escolhem recorrer à objeção de consciência, especialmente quando estão convencidos/as de que o C/MGF foi realizado há muito tempo atrás e no país de origem. Os/as profissionais de saúde têm a responsabilidade de informar as pacientes sobre as leis locais acerca do C/MGF e das implicações penais para os/as que a ensinam e a praticam, bem como sobre as consequências das intervenções genitais para a saúde. Considera-se que o diálogo e o estabelecimento de relações de confiança são preferíveis à denúncia, a qual pode levar, em último caso, a consequências dramáticas para os menores, como a prisão domiciliária dos pais e/ou a perda da autoridade sobre as suas crianças e a sua transferência para os serviços sociais. Apenas mencionar esta possibilidade poderá ser entendido como uma ameaça, e pode levar facilmente a que as famílias interrompam as relações de cuidado (com as subsequentes consequências para a saúde) e até que acabem por abandonar o país, impossibilitando a real redução das taxas de C/MGF.

**ITÁLIA:** *A lei (Ato Legislativo No. 9/2006) identifica claramente a autoridade judicial como a única que se pode pronunciar quanto à admissão de casos, apelando aos oficiais (incluindo profissionais de saúde) para que reportem qualquer caso de suspeita ou de confirmação de C/MGF, mesmo aqueles em risco, e mesmo os que digam respeito a mulheres de idade (a menoridade é considerada uma circunstância agravante).*

**ESPANHA:** *Na Bélgica não existe o dever de os/as profissionais reportarem casos suspeitos ou declarados de C/MGF. Um código criminal específico (Artigo 409 do código penal) possibilita que seja punível desempenhar, tentar ou facilitar o C/MGF.*

**BÉLGICA:** *Na Bélgica não existe o dever de os/as profissionais reportarem casos suspeitos ou declarados de C/MGF. Um código criminal específico (Artigo 409 do código penal) possibilita que seja punível desempenhar, tentar ou facilitar o C/MGF.*

**PORTUGAL:** *A prática do C/MGF é um crime punível pelo código penal português (Lei n. 83/2015, Artigo 144<sup>a</sup>-A), com uma pena entre dois a dez anos de prisão. Se o C/MGF for considerado uma 'ofensa qualificada à integridade física', a sentença pode subir até*



A.A.





*doze anos de prisão (Artigo 145º), e todas estas penas poderão ser agravadas se das ofensas resultar a morte da vítima (Artigo 147º). Mesmo que seja realizado fora do território de Portugal, a lei portuguesa é aplicável devido à clausula de extraterritorialidade. O C/MGF é um crime público, pelo que os profissionais de saúde, como qualquer cidadão, têm o dever de o denunciar às autoridades e a queixa da vítima não é necessária para iniciar uma investigação criminal.*

## 2. Intervenção preventiva face ao C/MGF<sup>21</sup>

*Nora Salas Seoane (Fundació Wassu-UAB)*

### 2.1. O papel crucial da intervenção preventiva

A intervenção preventiva refere-se a qualquer ação de educação para a saúde levada a cabo pelos/as profissionais de saúde para promover atitudes positivas face ao abandono do C/MGF. O objetivo da intervenção é prevenir a realização do C/MGF em bebés e raparigas, e melhorar a saúde das mulheres e raparigas que tenham sido submetidas ao procedimento e que podem estar a sofrer as respetivas consequências. As intervenções preventivas são realizadas em consultas médicas, através de uma abordagem ampla de educação para a

saúde, principalmente com mulheres (mães ou potenciais mães de raparigas), homens (importantes de incluir na prevenção, quando possível), e famílias e comunidades dos países onde o C/MGF é praticado (Kaplan, Toran e Bedoya 2006a; Kaplan, Moreno e Pérez Jarauta 2010a).

Os utentes dos cuidados de saúde são percecionados como sendo ativos dentro das suas agências e o objetivo da intervenção é capacitar mulheres e raparigas com o conhecimento que lhes possibilite tomar decisões informadas sobre os seus corpos e as suas vidas, bem como as das suas filhas. O papel dos/as profissionais de saúde é o de transferir conhecimento científico e clínico sobre as consequências do C/MGF para a saúde (a curto e longo-prazo) das raparigas e das mulheres. Eles/elas têm a legitimidade, por um lado, como profissionais de saúde e, por outro lado, enquanto prestadores/as de cuidados de saúde às famílias, de desempenhar um papel importante na prevenção da prática (Kaplan, Salas e Mangas 2015).

Os/as profissionais devem receber formação sobre C/MGF para poderem lidar com um assunto tão complexo e sensível, o qual possui um forte significado social para as comunidades que o praticam. É crucial ter conhecimento sobre o fundamento antropológico e as razões sociais da realização do C/MGF, para que este seja desconstruído com as famílias e para que haja uma maior oportunidade de sucesso da intervenção preventiva. Se o/a profissional não tiver recebido formação, não será capaz de identificar o C/MGF ou encetar uma prevenção apropriada. O/a profissional deve ter em mente a experiência cultural e social da utente, bem como a sua história pessoal de migração. A transferência de conhecimento deve ser sempre acompanhada



A.A.





por respeito e apoio emocional, uma vez que o/a profissional poderá estar a entrar numa esfera altamente íntima e dolorosa. A empatia, o diálogo, a construção de confiança e a disponibilidade de tempo são necessários para a partilha de experiências e de visões sobre o assunto, e as mulheres, normalmente, revelam abertura para falar sobre o assunto se a intervenção for feita desta forma.

Os/as profissionais de saúde têm também o dever de informar as pacientes sobre o enquadramento legal do C/MGF no país em que vivem e, acima de tudo, devem oferecer apoio às famílias para as ajudar a evitar a prática e a proteger as suas filhas, dada a grande pressão social dos seus países de origem, principalmente países africanos. As intervenções preventivas têm também um efeito transnacional nos países de origem, informando os membros das famílias e as comunidades das pacientes sobre a natureza prejudicial da prática.

Os riscos mais comuns para que o C/MGF seja realizado numa bebé ou criança são os seguintes:

- A sua família vem de um país, e/ou está ligada a um grupo étnico, que pratica o C/MGF.
- A sua mãe e/ou irmãs foram sujeitas a C/MGF.
- Os planos da sua família de voltar a viver no seu país de origem, onde deverão estar integrados na comunidade.
- A sua família planeia viajar ao país de origem durante as férias, para visitar a família e/ou para apresentar a nova filha.
- A sua família demonstra a intenção de lhe efetuar o C/MGF.

É muito importante realizar uma avaliação profunda da situação antes de considerar que uma rapariga se encontra em risco.

## 2.2. Intervenção preventiva: por quem e como

As intervenções preventivas são realizadas principalmente nas seguintes áreas de saúde:

- Médicos/as e enfermeiros/as pediatras.
- Médicos/as e enfermeiros/as de clínica geral.
- Medicina comunitária.
- Centros de saúde e saúde reprodutiva (obstetras, ginecologistas, parteiros/as).

Médicos/as e enfermeiros/as pediatras têm um papel fundamental dentro do setor da saúde, uma vez que podem trabalhar com a família logo a partir do nascimento de uma rapariga, durante o seu ciclo de vida, para prevenir a prática. Os centros de saúde e de saúde reprodutiva podem detetar mulheres com C/MGF e avaliar se necessitam de ajuda, bem como desenvolver intervenções preventivas em caso de existirem meninas, ou futuras bebés, na família. Os/as profissionais de clínica geral e médicos/as de medicina comunitária podem realizar intervenções preventivas nas suas consultas, uma vez que as famílias normalmente confiam neles.

As intervenções podem ser classificadas da seguinte forma:



A.A.





- **Intervenção preventiva de longa duração:** É desenvolvida mais frequentemente em controlos pediátricos aquando do nascimento da bebé ou durante o seu ciclo de vida. Pode iniciar-se nos serviços de saúde sexual e reprodutiva através dos controlos de gravidez, os quais informam os/as pediatras sobre o potencial de risco existente numa família.
- **Intervenção preventiva específica:** É desenvolvida mais frequentemente por médicos/as e enfermeiros/as de clínica geral, mas também pode ocorrer noutros serviços. Quando o/a profissional encontra uma complicação de saúde que pode derivar de C/MGF tem a oportunidade de falar sobre isso, iniciando uma intervenção. É preferível que tenha construído anteriormente uma relação de confiança, caso contrário deverá ser cuidadoso/a, respeitador/a e sensível.
- **Prevenção comunitária:** Os/as profissionais de saúde podem falar sobre as consequências do C/MGF para a saúde em conferências ou atividades organizadas com as comunidades. As atividades de grupo podem ser muito benéficas se realizadas com o conhecimento e respeito pela tradição desses grupos –a discussão que daí surja poderá potenciar mais debates sobre a adequação da prática na comunidade.
- **Gestão das consequências do C/MGF para a saúde:** O primeiro passo é avaliar em que medida existem danos físicos, psicológicos e sexuais, e avaliar os tratamentos potenciais e adequados. Se a mulher está grávida ou pretende engravidar, é importante avaliar o grau de complicações possíveis durante o parto. Se o futuro bebé for uma menina, as intervenções

preventivas podem começar a acontecer. Os/as profissionais podem oferecer apoio psicológico, recomendando à mulher um serviço de saúde mental. Poderá ser uma mulher com complicações físicas e sexuais, ou uma mãe que sente culpa, adotando uma atitude contra a prática e não a realizando numa filha, apesar de já o ter feito noutra filha mais velha, etc.; raparigas adolescentes –com necessidade de informação e apoio acerca da sua sexualidade– poderão sentir-se desconfortáveis numa cultura em que o C/MGF é criticado (Kaplan, Salas e Mangas 2015).

### 2.3. Ferramentas para a prevenção do C/MGF

Os principais elementos necessários para intervenções preventivas adequadas são: o conhecimento sobre C/MGF, o respeito, a sensibilidade e o senso comum. Existem outras ferramentas que poderão ajudar a desenvolver intervenções, tais como:

- **Acordo preventivo<sup>22</sup>:** O acordo preventivo é um documento/carta criado para que as famílias recolham apoio contra a prática quando viajam aos seus países de origem. Nesta carta, as famílias concordam em tomar conta das suas filhas durante a viagem, seguindo as instruções dos centros de vacinação internacional e evitando as práticas de C/MGF. O documento teve sucesso na Gâmbia, no Senegal e na Guiné-Bissau. As famílias mostram o documento 'oficial', com carimbos do serviço de saúde, aos seus anciãos para que eles fiquem a saber das consequências desta prática para a saúde, da proibição que as leis dos países de origem colocam à sua realização e das consequências fatais se for realizada.



A.A.





- **Posters desdobráveis/guias/manuais:** Existe uma grande variedade de manuais e de guias para a prevenção e gestão do C/MGF ao dispor dos/as profissionais de saúde em diferentes países europeus. Posters desdobráveis também estão disponíveis para utilização nos serviços de consultas médicas.<sup>23</sup>
- **A importância do registo:** É importante registar as intervenções preventivas ou a deteção do C/MGF na história clínica através do Certificado Internacional de Doença (ICD), no qual se inclui a codificação do C/MGF. Se a mulher/rapariga tiver sofrido a prática, tal deve ser registado, da mesma forma que o deverá ser se existir risco para a rapariga. Isto pode facilitar intervenções coordenadas com outros/as profissionais em caso de necessidade, mesmo se, por vezes, isso possa gerar confusão quando os/as profissionais não receberam formação (Kaplan, Salas e Mangas 2015).

### UM EXEMPLO DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM PEDIATRIA

*Uma família do Egito, que vive numa cidade próxima –Barcelona, Espanha– tem cinco filhos: quatro raparigas (22, 19, 16 e 14 anos) e um bebé rapaz (nove meses).*

*A pediatra tem vindo a seguir a família há cinco anos, mas nunca pensou sobre C/MGF até ter recebido formação e descoberto que,*

*no Egito, existe uma alta prevalência da prática. Decide falar com a família sobre o assunto e iniciar uma intervenção.*

*A mãe e todos os filhos aparecem para o check-up do bebé. A médica pergunta abertamente se ela e as suas filhas foram cortadas. A médica tem uma grande confiança com a família para o fazer, com respeito e sensibilidade, após ter recebido formação sobre C/MGF. A mãe responde que, obviamente, foram cortadas no hospital – ela e as três primeiras raparigas, uma vez que é uma prática normal, uma tradição, no seu país natal. Disse que a rapariga mais nova não foi cortada pois uma lei no Egito recentemente o proibiu.*

*Neste caso, é benéfico realizar uma intervenção preventiva de longo prazo com a família. Eles pensam que o C/MGF é uma boa prática por tradição, e o médico pode desconstruir essas crenças passo a passo, com conhecimento científico sobre as consequências para a saúde que daí possam surgir.*

*A rapariga mais nova não foi cortada porque foi proibido. Poderíamos perguntar à família porque é que um país proíbe uma prática que é 'boa' para raparigas e mulheres. Esta rapariga poderia ter sido submetida a C/MGF numa viagem ao Egito. Ao realizar*



A.A.





*uma intervenção preventiva podemos prevenir outras raparigas desta família de sofrerem a prática. Por exemplo, a filha mais velha está prestes a casar no Egito, e se tiver uma filha, provavelmente deixará que realizem a prática na criança.*

*Retirado de um programa de consultas sobre C/MGF num centro de saúde de cuidados primários na Catalunha, Espanha, pela Fundação Wassu-UAB.*

### **EXERCÍCIO: IDENTIFICAR FORMAS POSSÍVEIS DE CONTINUAR A INTERVENÇÃO PREVENTIVA COM ESTA FAMÍLIA**

**CASO:** *Uma família do Senegal. Têm dois filhos rapazes (um de nove anos, nascido no Senegal, e um de seis anos, nascido na Catalunha) e uma rapariga (quatro anos, nascida na Catalunha). A pediatra segue a família há seis anos, ganhando a sua confiança, e após formação sobre C/MGF decide iniciar uma intervenção. Pergunta à mãe se o C/MGF é praticado no seu país de origem e a mãe responde que sim, que foi cortada, mas que não o quer*

*fazer à sua filha. Quando a pediatra explica as consequências que o C/MGF poderá ter na saúde, a mãe reafirma que não quer que a façam na sua filha. Contudo, ao deixar a consulta, ela pergunta 'não seria bom realizar o C/MGF para resolver a comichão que a minha filha tem?'*

*Fica claro que esta mulher não está convencida de que o C/MGF tem mais inconvenientes do que vantagens para a sua filha. Pense o que poderia fazer enquanto profissional de saúde para continuar a realizar uma intervenção preventiva.*

*Retirado de um programa de consultas sobre C/MGF num centro de saúde de cuidados primários na Catalunha, Espanha, pela Fundação Wassu-UAB.*



A.A.





### 3. Gestão clínica do C/MGF e suas complicações

*Els Leye (VUB)*

#### 3.1. Gestão de complicações a longo prazo, incluindo queloide, fístula e incontinência, abscessos, neuroma clitoral e quistos (FOD Volksgezondheid 2011)

- **Neuroma do nervus dorsalis do clitóris:** pode ocorrer em todas as formas de C/MGF. O corte deste nervo e a pressão nele colocada pelo tecido cicatrizado pode levar à proliferação de tecido neural e, no pior caso, ao crescimento de um tumor doloroso. Um neuroma pode ter um diâmetro de muitos centímetros. O tratamento consiste na sua remoção.
- **Queloide:** pode ocorrer em todas as formas de C/MGF. O queloide é difícil de tratar, uma vez que o tecido cicatrizado removido acaba por regressar frequentemente após a remoção cirúrgica. É, por isso, essencial reduzir este risco o mais possível. Após a operação, a formação de tecido cicatrizante pode ser evitada pela aplicação local de corticoides.
- **Fístula:** é uma complicação que ocorre principalmente no tipo III de C/MGF. O tratamento da fístula requer conhecimento específico e um/a cirurgião/ã qualificado/a. Em casos não-complexos, o tratamento tem

uma taxa de sucesso de 90%, e de 60% em casos mais complexos. Os cuidados pós-operatórios devem ser realizados pelo menos durante duas semanas, para evitar infeções e garantir um resultado sustentável. O aconselhamento psicológico é igualmente recomendado. Em futuras gravidezes/partos recomenda-se a realização de cesariana.

- **Quistos de inclusão epidérmica:** podem ocorrer em todas as formas de C/MGF. A localização do quisto e as consequências iatrogénicas de uma intervenção cirúrgica em tecido já danificado devem ser tidas em consideração ao decidir removê-lo. Em casos de quistos grandes ou infetados deverá ser feita uma marsupialização (uma abertura cirúrgica permanente e a costura do quisto para permitir um fluxo permanente do conteúdo do quisto).
- **Pseudo-infibulação:** pode ocorrer após a excisão (tipo II). A pseudo-infibulação é a aderência dos limites dos pequenos lábios excisados durante a cicatrização. Não deverá aplicar-se qualquer pomada estrogénica. A aderência será incidida sobre o comprimento total, e os lábios são alargados utilizando gaze de vaselina, por exemplo, até a ferida estar totalmente curada.



A.A.





### 3.2. Desinfibulação

(FOD Volksgezondheid 2011; World Health Organization 2016)

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) recomenda a desinfibulação para prevenir e tratar complicações obstétricas e urológicas em mulheres e raparigas com o tipo III de C/MGF.

Na primeira consulta, cada mulher ou rapariga com C/MGF deve ser examinada para avaliar o tipo de corte e a largura da vulva. As conclusões deverão ser anotadas rigorosamente no ficheiro da paciente para evitar exames recorrentes. Os/as profissionais de saúde devem fornecer informação detalhada, equilibrada e imparcial, durante uma sessão pré-operatória, sobre o procedimento de desinfibulação e explicar porque é necessário, bem como os seus benefícios e potenciais riscos, incluindo informação sobre as mudanças anatómicas e fisiológicas expectáveis no pós-operatório (micção rápida, aumento do fluxo vaginal). Isto deverá ser realizado.

A desinfibulação pode ser realizada antepartum ou intrapartum, para facilitar o parto em mulheres com o tipo III de C/MGF, dependendo do contexto. As mulheres devem poder expressar a sua preferência quanto ao momento em que preferem que se realize o procedimento, embora isso também dependa do seu acesso a estabelecimentos de saúde (antepartum, no caso de a mulher viver longe de um centro de saúde), do local do parto (antepartum, no caso de o parto ser em casa), e do nível de especialização do/da profissional de saúde (antepartum, se for um/a profissional de saúde menos experiente).

#### O CASO DE GIULIA/EXCERTO DE ENTREVISTA

(BAGAGLIA ET AL. 2014, 87-89)

*Giulia é uma parteira italiana que trabalha num hospital público. Teve a oportunidade de tratar uma jovem mulher somali que escolher ser desinfibulada para que pudesse ter um parto natural.*

*‘Eu não a vi como uma pessoa subjugada, ou como alguém que não aceitava críticas – de todo! Eu vi uma pessoa determinada, que fez as suas escolhas conscientemente. [...]. Conhecemo-nos enquanto duas mulheres adultas que tiveram vidas e experiências diferentes, que se conheceram e partilharam muitas coisas. [...] Quando lemos ou ouvimos as notícias na TV, pensamos que a MGF é algo distante de nós – que não é a realidade. Falam sobre infibulações e uma pessoa pensa sempre “Sim, mas isso não é a minha realidade. Não quero encontrar isso. Não é problema meu!”*

*Mesmo quando o nosso hospital nos chamou para cursos de formação ou de atualização, dizendo-nos que isto é um grande problema, eu nunca pensei que era algo realmente interessante para mim, algo que me dizia respeito, mas, pela primeira vez, era uma realidade que eu tinha de considerar. Eu estava ali. Não era*



A.A.





*assim tão distante, e quando eu vi com os meus próprios olhos, não me aterrorizou. Não senti repulsa ou raiva – tenho de ser honesta. Estava tão contente por ver como ela tinha sido corajosa, ver o seu conhecimento profundo, que não era subjugação, nem constrangimento nem medo. Era como se ela apenas dissesse “Pois, antes faziam isto, mas agora sabemos que o que fazíamos era errado!” Era como se nós disséssemos “tiraram-me as amígdalas” porque nos anos setenta, se alguém adoecesse, retiravam-se as amígdalas – sem ninguém se aborrecer, estavam habituados, era o costume.*

*Esta pessoa tinha um nível de educação muito baixo –apenas escola primária– mas fiquei com a impressão de que era uma pessoa muito consciente [...] A reabertura através de desinfibulação envolveu uma ferida cirúrgica que teve de sarar por si mesma – como dizem os médicos, “curar por segundas intenções”– quando a pele ter uma recuperação espontânea, apenas lavando com água, com produtos de higiene, sem reconstruir o tecido.*

*Claro que, como mulher, colocar medicação nos genitais, nesta área tão sensível, identifiquei-me com ela, o impacto para mim foi pessoalmente muito difícil. [...] Penso que ela estava muito bem,*

*muito bem mesmo, porque aquela área está sempre em contato com fluídos biológicos, porque durante a gravidez uma pessoa urina mais frequentemente, e a urina queima! Urinar era queimar esta ferida em cicatrização, uma cicatriz muito bem-feita e regular, mas de recuperação muito lenta. Ela também se sentava sobre a ferida, devido à sua gravidez iminente, estando no segundo trimestre, pelo que o abdómen e o útero estavam muito grandes, e eu perguntava-lhe, “Como é que aguenta?! Eu vejo que está muito bem”, e ela respondia, “Sim, ao início doía, mas agora já me estou a habituar!”*

### 3.3. Aconselhamento e terapia psicosssexual

O apoio psicológico deve estar disponível a raparigas e mulheres que irão receber, ou já receberam, uma intervenção cirúrgica para corrigir complicações decorrentes do C/MGF. Este apoio pode variar entre programas especiais e modificações muito simples e pouco dispendiosas de procedimentos médicos, ou que neles se possam inserir, incluindo informação sobre procedimentos ou o apoio emocional.

A OMS sugere que se considere a terapia cognitiva-comportamental para raparigas e mulheres com C/MGF que revelem sintomas consistentes



A.A.





com distúrbios de ansiedade, depressão ou perturbação de stress pós-traumático. O aconselhamento sexual é recomendado para prevenir ou tratar disfunções sexuais femininas entre as mulheres com C/MGF (WHO Guidelines 2016). Contudo, também podem considerar-se outras terapias, dependendo da situação pessoal da mulher/rapariga.

### 3.4. Cirurgia reconstrutiva do clitóris após C/MGF

Este tipo de cirurgia está atualmente disponível em vários países, principalmente na Europa. A técnica consiste em remover a pele que cobre a extremidade distal do coto do clitóris. O clitóris é então libertado do tecido cicatrizante circundante e o ligamentum suspensorium do clitóris é cortado, para baixar o clitóris para onde a glândula clitoridiana se situa normalmente. Um ponto através do periosteum e a interposição dos dois musculus bulbocavernosus acima da parte distal do coto do clitóris previne o coto de puxar para cima. A parte superior da incisão é então cozida em duas partes (WHO Guidelines 2016).<sup>24</sup> A cirurgia reconstrutiva do clitóris deve ser orientada por uma equipa multidisciplinar, que ofereça aconselhamento psicológico e sexual,<sup>25</sup> sendo importante notar que a OMS não emitiu recomendações quanto a este tipo de cirurgia pois as provas dos seus benefícios são ainda inconclusivas.

### DILEMA

*Debates de longo prazo (ético, legal, antropológico e médico) estão ainda em aberto acerca dos paralelismos que podem ser estabelecidos entre o C/MGF (condenado e proibido) e a cirurgia genital cosmética biomédica (permitida e promovida), bem como sobre a ética em torno das justificações para o C/MGF.*

### 3.5. Exemplos de serviços de saúde e diretivas na Europa<sup>26</sup>

Existem diversos serviços disponíveis para que os/as profissionais de saúde possam ajudar a garantir cuidados e apoio adequados às mulheres e raparigas com C/MGF. Estes variam de diretivas técnicas, por exemplo sobre como realizar uma desinfibulação, a códigos de conduta para grupos de profissionais que ajudam a tomar decisões informadas, a centros multidisciplinares especializados que garantam não apenas a gestão clínica de problemas relacionados com o C/MGF, mas também aconselhamento psicológico e sexual para as mulheres e as suas famílias.

Aqui se encontram alguns links para estes recursos:



A.A.





Clínicas African Well Woman no Reino Unido

Centros de referência de C/MGF na Bélgica

Diretivas do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists  
(Reino Unido)

Curso online para profissionais de saúde

Centro Regional para a prevenção e cuidado do C/MGF, Hospital  
Universitário Careggi (Florença, Itália)

Centro da Umbria para o Estudo e Prevenção do C/MGF  
(Perugia, Itália)

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital  
Universitário de Genebra

Vídeos sobre C/MGF para profissionais de saúde  
(Reino Unido)

Clínica Dexeus, Barcelona (Espanha)

Departamento de Ginecologia, Clínica Hospitalar Universitária de  
Barcelona (Espanha)

Protocolo Conjunto Nacional de Saúde sobre C/MGF, publicado pelo  
Ministério da Saúde, Segurança Social e Igualdade (Espanha)

Orientações para profissionais de saúde, publicadas pelo Ministério  
da Saúde, especialmente 'Fluxograma: abordagem e proteção da  
recém-nascida, criança e jovem no quadro da Mutilação Genital  
Feminina' (p. 11) (Portugal)



A.A.





# Capítulo IV

Direitos humanos, direito penal e de asilo



A.A.





# Capítulo IV

## Direitos humanos, direito penal e de asilo

### OBJETIVOS DIDÁTICOS

1. Familiarizar os/as estudantes de Direito com os principais conceitos e problemas relacionados com o C/MGF.
2. Mostrar e discutir os aspetos relevantes de direitos humanos, asilo e migração em relação com o C/MGF.
3. Rever a legislação internacional essencial sobre C/MGF.
4. Rever a legislação nacional, o direito penal e as sentenças sobre C/MGF.
5. Realizar exercícios práticos e debater questões teóricas sobre C/MGF.

### RESUMO

1. Direitos humanos e C/MGF
  - 1.1. O C/MGF como prática nefasta e violação dos direitos humanos (Julia Roper Carrasco, URJC; Rut Bermejo Casado, URJC)
  - 1.2. Multiculturalismo e direitos humanos (Cristina Santinho, ISCTE-IUL; Rut Bermejo Casado, URJC)
  - 1.3. Androcentrismo dos direitos humanos (Magaly Thill, URJC)
  - 1.4. O C/MGF no direito internacional (Julia Roper Carrasco, URJC)
  - 1.5. O C/MGF no direito europeu (Rut Bermejo Casado, URJC)
2. Direito penal e C/MGF
  - 2.1. Direito penal em África, no Médio Oriente e na Ásia (Magaly Thill, URJC)
  - 2.2. Direito penal na União Europeia (Els Leye, VUB)
  - 2.3. Perpetradores e argumentos culturais (Magaly Thill, URJC)
  - 2.4. Legitimidade e eficácia do direito penal: o princípio da proporcionalidade (Julia Roper Carrasco, URJC)
  - 2.5. Problemas oriundos da promulgação do direito penal (Julia Roper Carrasco, URJC)
3. Direito migratório e asilo
  - 3.1. Asilo e C/MGF (Rut Bermejo Casado, URJC)
  - 3.2. Reunificação familiar e C/MGF (Julia Roper Carrasco, URJC)
  - 3.3. Estigmatização versus integração (Cristina Santinho, ISCTE-IUL)
  - 3.4. Cooperação internacional e prevenção do C/MGF (Cristina Santinho, ISCTE-IUL)



A.A.





## 1. Direitos humanos e C/MGF

### 1.1. O C/MGF como prática nefasta e violação dos direitos humanos

*Julia Ropero Carrasco e Rut Bermejo Casado (URJC)*

O C/MGF é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um conjunto de práticas nefastas que envolve a remoção parcial ou total da genitália feminina externa, ou outros danos aos órgãos genitais femininos por razões culturais, religiosas ou outras que não as terapêuticas. O C/MGF pode causar complicações de saúde a curto-prazo –choque, hemorragias, infecção e ferimentos– que podem causar a morte, sendo que também causa danos a longo-prazo na saúde reprodutiva e sexual, incluindo infecções recorrentes, infertilidade, quistos e complicações durante o parto.

Para as mulheres que foram excisadas, o C/MGF pode anular ou prejudicar a fruição sexual, ao mesmo tempo que, na sua forma mais agressiva –a infibulação– a primeira relação sexual será extremamente dolorosa para a mulher, a qual terá de ser provavelmente submetida a outro procedimento antes da penetração para que o pénis possa aceder à vagina. Além disso, o C/MGF pode implicar sequelas psicológicas, tais como stress pós-traumático, ansiedade crónica, insegurança e falta de confiança.

Devido aos seus efeitos de curto-prazo que ameaçam a vida e às graves consequências físicas, sexuais e psicológicas a longo-prazo, o C/MGF

foi definido pelas Nações Unidas, ao longo dos seus quatro tipos, como uma prática nefasta, uma forma de tortura e de maus-tratos, uma forma de violência contra raparigas e mulheres, e uma violação dos direitos da criança que não tem possibilidade de expressar um consentimento informado (ibid. 360-61).

### 1.2. Multiculturalismo e direitos humanos

*Cristina Santinho (ISCTE-IUL); Rut Bermejo Casado (URJC)*

‘A mutilação genital feminina não é tradição. Não é cultura. É crime.’ Esta afirmação fez parte de uma campanha contra o C/MGF lançada em Lisboa em Julho de 2016, numa parceria entre o Governo de Portugal e o Governo da Guiné-Bissau.

A campanha prosseguia com ‘A mutilação genital feminina é uma forma de violência física e psicológica e uma violação de [dos] direitos humanos das raparigas e das mulheres. Dizer não é um direito e um dever (P&D Factor 2016).’

Com efeito, é tentador abordar o C/MGF a partir da perspetiva dos direitos humanos, utilizando-os como elementos dissuasores quando as pessoas são confrontadas com as potenciais aplicações punitivas do direito penal (Mutua 2002), mas é preciso lembrar que o C/MGF é uma prática cultural –seria arriscado não o lembrar– com implicações políticas, económicas e



A.A.





religiosas, bem como com aquelas relacionadas com o género e o poder (Boyle 2002).

É necessário manter um equilíbrio entre os direitos humanos individuais e o multiculturalismo quando se trata de C/MGF num mundo globalizado, onde circulam mercadorias, pessoas, conhecimento, e práticas, pelo que se devem considerar os seguintes aspetos:

1. Os direitos humanos são frequentemente retratados como valores morais ocidentais e associados a imposições políticas historicamente ancoradas no colonialismo.
2. Os direitos humanos tornaram-se numa preocupação também para os países não-ocidentais, mas é importante compreender se eles estão implementados de facto em contextos locais e de que forma(s).
3. Algumas intervenções institucionais desenvolvem uma tendência racista ao rotular o C/MGF como uma prática bárbara que pertence a culturas 'retrógradas', nas quais o papel das mulheres é constantemente relegado para uma posição subordinada. Deve notar-se que situações análogas em contextos ocidentais, que resultam de pressões sociais relacionadas com a estética, fazem com que as mulheres se submetam a procedimentos cirúrgicos como o aumento ou a redução dos grandes lábios, redução do clitóris, das dobras vaginais ou, a outros níveis, anorexia.

4. A aplicação dos direitos humanos deveria esforçar-se pela salvaguarda da dignidade humana. Isto implica um trabalho etnográfico detalhado, assente no significado social, simbólico e económico do C/MGF, ao invés de demonizar os que a praticam. Será uma oportunidade para criar um diálogo intercultural que é introspetivo e profundo e que respeita essa dignidade.

5. Considerando os aspetos relacionados com a globalização, a cultura deveria ser entendida como estando constantemente em transformação e não como algo essencializado.

Numa tentativa de ultrapassar posições relativistas que recusam a simples possibilidade de universalismo, Parekh afirma que o facto de os seres humanos crescerem e viverem num mundo culturalmente estruturado não significa que estejam determinados pela sua cultura, no sentido de não conseguirem avaliar criticamente as suas crenças e práticas (Parekh 2000, 336). De acordo com esta visão, algum tipo de universalismo moral –relativamente minimal mas consistente nos seus conceitos abstratos gerais, como os direitos humanos– é perfeitamente compatível com o multiculturalismo (ibid. 133-34).



A.A.





### 1.3. Androcentrismo dos direitos humanos

Magaly Thill (URJC)

Enquanto fenómeno que regula os comportamentos individuais e as relações sociais num contexto específico, as leis refletem os modelos socialmente regulados dos homens e das mulheres incorporados em cada sociedade, e as suas relações uns com os outros e com o grupo. A teoria legal feminista salientou de que forma o princípio da universalidade dos direitos humanos, tal como sancionado pelos filósofos modernos (inicialmente aplicáveis aos proprietários brancos e mais tarde alargados a todos os seres humanos), era, na realidade, imperfeito (MacKinnon 2006). O princípio da não-discriminação com base no sexo, reconhecido pela *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, como resultado das exigências das mulheres para serem incluídas no sistema internacional de proteção de direitos e liberdades, não trouxe a revisão do sujeito que, sendo alegadamente neutro, na realidade era masculino (Facio e Fries 1999).

Surgiu a crítica acerca de como as convenções internacionais sobre direitos humanos reafirmavam a dicotomia entre espaços privado e público, sem reconhecer direitos que são de especial importância para as mulheres, nomeadamente: direitos sexuais e reprodutivos, discriminação na esfera da intimidade e da família, trabalho reprodutivo, e o direito a ser livre de violência baseada no género (Charlesworth 1994).

Após várias décadas de ativismo organizado e de advocacia, as exigências feministas finalmente foram satisfeitas quando, despoletados pela inovadora Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres em 1979, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, e por diversas conferências internacionais sobre a situação das mulheres, os Governos mundiais reconheceram que 'os direitos das mulheres são direitos humanos' na *Conferência Mundial de Direitos Humanos em Viena* (1992) e adotaram a *Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres* (1993) e a subsequente *Declaração e Plataforma de Ação de Beijing* (1995), ambas da ONU.

A teoria crítica feminista do Direito procurou uma redefinição de direitos humanos que tornasse possível a participação real das mulheres e refletisse as suas necessidades e desejos - um novo pacto de cidadania que considera as mulheres enquanto sujeitos de direitos, ao invés de objetos de regulação legal (Bodelón 2009, 113). A (embora lenta) incorporação do C/MGF no direito internacional como violação dos direitos humanos é um exemplo de que o ativismo das mulheres pode fomentar a mudança.

A definição de C/MGF como forma de discriminação e violência contra as mulheres tem levado ao aumento da proibição da prática, ao mesmo tempo que também permite o estabelecimento de uma distinção legal entre a forma menos intrusiva do tipo I, comumente denominada Sunna, e a comparável intervenção cirúrgica da circuncisão masculina, através da referência às relações patriarcais de subordinação que o primeiro sustenta.



A.A.





Adicionalmente, as abordagens feministas sugerem uma análise crítica do conceito de consentimento através da consideração das implicações profundas da falta de autonomia social, económica e psicológica das mulheres nas culturas patriarcais para a sua capacidade de gerar livre consentimento (Rahman e Toubia 2000, 65-66).

#### 1.4. O C/MGF no direito internacional

*Julia Roper Carrasco (URJC)*

Durante séculos, a prática do C/MGF não chamou a atenção das autoridades públicas na arena internacional. Esta falta de interesse pode ser explicada por uma série de razões, incluindo a relutância em interferir na vida familiar ou numa provável prática cultural, e uma falta de interesse num problema que apenas diz respeito a grupos sociais marginalizados, nomeadamente mulheres do Terceiro Mundo. A UNICEF, a OMS e outras agências das Nações Unidas têm defendido a condenação do C/MGF, e organizações de direitos humanos e da sociedade civil têm promovido programas de educação contra a prática e apelado aos Estados e aos organismos supranacionais para adotar diferentes medidas (Roper Carrasco 2001, 1393-96).

No direito internacional, o ponto de partida foi a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres das Nações Unidas, em 1979, a qual, no seu Artigo 5, exige que todos os Estados 'tomem as medidas necessárias [...] para modificar os padrões de conduta social e cultural de

homens e mulheres, tendo em vista o alcance da eliminação de preconceitos e de costumes e todas as práticas que se baseiam na ideia da inferioridade ou da superioridade de cada um dos sexos, ou em papéis estereotipados para homens e mulheres'. Também a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres das Nações Unidas, de 1993, estabelece no Artigo 4 que os Estados não devem invocar qualquer costume, tradição ou consideração religiosa para evitar as suas obrigações face à eliminação da violência contra as mulheres. O Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais reconhece, por sua vez, o direito à fruição do mais alto padrão possível de saúde mental e física (ibid. 1393-94).

Contudo, o C/MGF foi expressamente mencionado em textos internacionais apenas nos anos 1990. A *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (Cairo) apelou aos Governos para que desenvolvessem programas específicos para erradicar o C/MGF, e a *Declaração e Plataforma de Ação de Beijing* (1995) condenou a prática, solicitando aos Estados que adotassem medidas necessárias para a sua erradicação. Finalmente, a *Resolução 56/128 da Assembleia Geral sobre Práticas Tradicionais ou Costumeiras que Afetam a Saúde de Mulheres e Crianças* (2001), de conteúdo semelhante à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, colocou uma ênfase especial no fortalecimento dos direitos humanos das mulheres e da independência feminina.

Finalmente, em 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a sua primeira resolução específica sobre C/MGF: Resolução A/RES/67/146:



A.A.





Intensificar os esforços globais para a eliminação das mutilações genitais femininas. O direito internacional sobre C/MGF tem sido fortalecido com iniciativas regionais como o *Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e dos Direitos das Mulheres em África* (Carta de Banjul), da União Africana, e a *Convenção para a Prevenção e Combate da Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica* (Convenção de Istambul), do Conselho da Europa.

## 1.5. O C/MGF no direito europeu

*Rut Bermejo Casado (URJC)*

A UE expressou um forte compromisso em eliminar o C/MGF. A comunicação da *Comissão Europeia COM (2013) 833 final: Para a eliminação da mutilação genital feminina* estabelece uma lista de medidas que a Comissão irá tomar nos próximos anos (Comissão Europeia 2013). Seguindo a resolução de referência da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2012 *Intensificar os Esforços Globais para a Eliminação das Mutilações Genitais Femininas (UNGA 2012)*, a UE adotou esta comunicação, que se foca em:

- apoiar o trabalho não-governamental para combater o C/MGF ao nível de base;
- apoiar projetos fora da UE em países com alta prevalência de C/MGF; e
- promover o Instituto Europeu para a Igualdade de Género, o qual desenvolve e fornece recursos sobre C/MGF.

Antes desta comunicação específica, a UE tinha incluído o C/MGF entre as formas de violência de género e de violência contra as crianças, conforme declarado na sua *Estratégia para a igualdade entre mulheres e homens: 2010-2015, na Diretiva 2012/29/EU, nos direitos das vítimas, e na Agenda da UE para os Direitos da Criança* (Comissão Europeia 2010, 2011; União Europeia 2012).

A comunicação da UE de 2013 foi desenvolvida com base numa opinião escrita do Comité Consultivo para a Igualdade de Oportunidades para Mulheres e Homens da UE, e com base nas recomendações de uma mesa-redonda de alto nível sobre C/MGF; abrange políticas internas e externas, e desenvolve uma abordagem holística, integrada e com especial ênfase na prevenção.

## 2. Direito penal e C/MGF

### 2.1. Direito penal em África, no Médio Oriente e na Ásia

*Magaly Thill (URJC)*

O Artigo 5 do *Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e dos Direitos das Mulheres em África* (2003) estipula que 'os Estados-membros devem proibir e condenar todas as formas de práticas nefastas que afetam negativamente os direitos humanos das mulheres e que são



A.A.





contrárias às normas internacionalmente reconhecidas, incluindo [...] proibição, através de medidas legislativas apoiadas por sanções, de todas as formas de mutilação genital feminina, escarificação, medicalização e para-medicalização da mutilação genital feminina e todas as outras práticas destinadas à sua erradicação.'

De acordo com esta obrigação, 24 païses africanos já decretaram leis contra o C/MGF (ver Tabela 1), e nos outros païses a pràtica pode ser criminalizada através de disposições gerais contra as ofensas.

**Fonts:** Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría i Noria Liset Puppo. 2010. Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for health professionals: The Gambia (2a edició), 35-36. Barcelona: UAB, Bellaterra; i el Fons de les Nacions Unides per a la Població (UNFPA). 2015. "Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions." Consulta del 4 de novembre de 2016.

**TABELA 1:**

**Païses com leis contra o C/MGF e datas de adoçãõ**

PAÍS	ANO DE ADOÇÃO DE LEIS PENAIIS	PAÍS	ANO DE ADOÇÃO DE LEIS PENAIIS
Benim	2003	Guiné-Bissau	2011
Burkina Faso	1996	Quênia	2001, 2011
República Centro-Africana	1966, 1996	Mauritânia	2005
Chade	2003	Níger	2003
Costa do Marfim	1998	Nigéria	2015
Djibouti	1995, 2009	Senegal	1999
Egito	1996, 2008	Somália	2012
Eritreia	2007	Sudão (2 Estados): Estado do Kordofan do Sul	2008
		Estado de Gedaref	2009
Etiópia	2004	Tanzânia	1998
Gâmbia	2015	Togo	1998
Gana	1994, 2007	Uganda	2010
Guiné	1965, 2000, 2006	Zâmbia	2005, 2011



A.A.





Colômbia (Resolução No. 001 de 2009, pelas autoridades indígenas) e o Curdistão Iraquiano (2011). O tabu que ainda rodeia os direitos sexuais das mulheres e a sexualidade em geral, a descrição do C/MGF como prática atrasada, e a ênfase dada pelas agências internacionais na 'africanização' do C/MGF podem ter dificultado o reconhecimento da sua prevalência e a adoção de provisões legais contra esta prática em países não-africanos.

Apesar de a proibição legal do C/MGF clarificar o que é certo e errado aos olhos da lei, dando legitimidade ao trabalho da prevenção, na prática continua a ser largamente praticado pois o reforço esporádico de leis e as baixas taxas de condenação têm prejudicado o seu efeito dissuasor e permitido que o C/MGF seja cada vez mais medicalizado (Muthumbi et al. 2015, 38). Quando a proibição não é acompanhada por programas de educação comunitária, destinados a mudanças efetivas na prática, acaba por ter o potencial efeito colateral de inibir as pessoas de procurar ajuda em caso de complicações, aumentando as taxas de mortalidade das raparigas (Kaplan et al. 2010, 35-36). Além disso, as excisadoras –maioritariamente mulheres– nem sempre estão a par da proibição, especialmente em zonas rurais e isoladas, e as normas culturais, juntamente com os preceitos étnicos e religiosos, estão usualmente mais enraizados em países com instituições estatais fracas.

Vale também a pena lembrar que as leis penais podem exigir vários passos antes da sua promulgação e enfrentam muita resistência ao longo do processo. No Sudão, por exemplo, o projeto da Lei das Crianças de 2008 foi revisto pelo Conselho de Ministros e o seu artigo 13, que proibia o C/MGF,

foi retirado devido a uma fatwa do Conselho de Jurisprudência Islâmica que apelava a uma distinção entre os diferentes tipos de C/MGF e não à punição da prática conhecida como Sunna (corte do clitóris) (Redress 2009). Pelo contrário, a proibição do C/MGF no Quênia em 2001 foi alargada em 2011 para se poder aplicar às mulheres adultas, e foi acrescentada uma cláusula de extraterritorialidade, alargando a criminalização aos cidadãos que cometam o crime no estrangeiro.

## 2.2. Direito penal na União Europeia

*Els Leye (VUB)*

Na União Europeia, o C/MGF é proibido através de lei criminal específica ou geral. Nos países onde o C/MGF é punível através de legislação criminal geral, as disposições e os artigos sobre ofensas corporais, ofensas graves e mutilação são aplicáveis ao C/MGF e podem ser utilizadas para acusar uma pessoa em tribunal. Noutros países foram criadas leis criminais que lidam especificamente com C/MGF, como é o caso da Áustria, Bélgica, Croácia, Chipre, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Itália, Malta, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido (EIGE 2015; Johnsdotter e Mestre i Mestre 2015; Leye e Sabbe 2009).

É importante ter em conta o princípio da extraterritorialidade ao penalizar o C/MGF. Este princípio possibilita perseguir a prática mesmo quando esta é cometida fora das fronteiras de um país europeu (por exemplo em África).



A.A.





As condições para aplicar este princípio diferem de Estado para Estado (para uma visão geral, ver Leye e Sabbe 2009). A maioria dos países da União Europeia inclui este princípio no seu direito criminal geral, e todos os Estados-membros da UE com leis específicas para o C/MGF preveem o princípio da extraterritorialidade nas suas respetivas leis (EIGE 2013).

Contudo, é importante considerar cuidadosamente a implementação de leis criminais, pois vários obstáculos têm sido identificados, nomeadamente ao nível da denúncia de casos e em reunir provas suficientes para levar um caso a tribunal (Leye et al. 2007). Acusar os pais não deve ser o principal objetivo da intervenção de um país para o abandono do C/MGF. Uma vez que a prática tenha sido executada, a prevenção e a proteção falharam, pelo que, para que se atinja uma mudança social sustentável no sentido de se abandonar todas as formas de C/MGF, os esforços devem focar-se primeiramente na prevenção da prática do que em desenvolver e implementar medidas repressivas.

### 2.3. Perpetradores e argumentos culturais

*Magaly Thill (URJC)*

Frequentemente, as excisadoras são mulheres pertencentes à comunidade ou à família da vítima. Os seus rendimentos provêm desta atividade e a prática do C/MGF também lhes confere um estatuto social enquanto iniciadoras deste ritual de passagem culturalmente valorizado. De acordo com crenças sociais, culturais e religiosas, o C/MGF é considerado tanto pelos pais como

pelos excisadores como uma prática benéfica para a vítima, que aumenta as suas probabilidades de conseguir um casamento.

Apesar de o C/MGF poder ser praticado em segredo por excisadoras que ‘aparecem de visita’, as raparigas que vivem em países europeus (onde o C/MGF é crime) são normalmente levadas de volta ao país de origem para se submeterem a este procedimento, evitando assim que sejam acusadas. Isto levou ao reconhecimento cada vez maior do princípio da extraterritorialidade no âmbito da criminalização do C/MGF –embora, frequentemente, o agressor e a vítima devam ser cidadãos ou residentes de um país europeu em causa– e ao cancelamento do princípio da dupla incriminação (EIGE 2013, 43).

Os pais podem ser acusados como perpetradores por ajudarem ou incitarem à realização do C/MGF, mas a dificuldade de uma menina testemunhar contra os seus pais, assim como as consequências negativas para o seu bem-estar resultantes da aplicação de uma pena de prisão a um dos pais ou a ambos, é um dilema a ser ponderado face à necessidade de prevalecer o superior interesse da criança.

### 2.4. Legitimidade e eficácia do direito penal

*Julia Ropero Carrasco (URJC)*

O direito penal é um instrumento institucionalizado e coercivo cujo principal efeito é decretar a detenção de perpetradores, privando-os do seu direito à



A.A.





liberdade. Assim, na tradição cultural e política dos direitos humanos e dos valores democráticos da comunidade internacional, a utilização do direito penal é limitada pelo princípio da intervenção mínima: para ser legítima, uma pena deve ser eficaz e deve evitar violações de direitos e interesses fundamentais.

Em termos de C/MGF, a legitimidade da intervenção penal baseia-se na proteção de direitos humanos fundamentais: o direito à vida, à integridade física e à saúde, num sentido amplo, incluindo o direito à completa fruição da sexualidade como parte essencial da vida de qualquer pessoa. Neste sentido, a questão do consentimento dificilmente tem qualquer relevância e, definitivamente, não tem relevância se/quando se trata de menores, pois, legalmente, um menor não pode dar consentimento válido. Além disso, nem o direito comparado nem o direito internacional reconhecem a total validade do consentimento dos adultos quando a integridade física e a saúde estão em risco; nestes casos, o consentimento é apenas utilizado para ajustar uma pena, mas não pode permitir a isenção de uma pena.

A eficácia do direito penal coloca também diversos problemas. Nos países de origem, principalmente na África Subsariana, a baixa taxa de investigação e a limitada punição da prática, apesar da sua explícita criminalização, consolidaram a ideia de que o C/MGF se justifica por ser um direito cultural e, como tal, está fora do âmbito do direito penal. Nos países de destino dos migrantes africanos, a eficácia do direito penal é ameaçada por dois fatores: em primeiro lugar, os migrantes desconhecem que o C/MGF é ilegal

ou acreditam que a ofensa não é criminalizável; em segundo lugar, o drama humano de uma intervenção penal pode dissuadir os juízes de aplicarem penas aos ofensores (Sanz Mulas 2014, 42). Quanto ao último ponto, existe um debate sobre se as pesadas penas para as mutilações genitais na maioria dos países Ocidentais são proporcionais às ofensas causadas, ou se é necessário fazer distinções entre casos diferentes.

## 2.5. Problemas oriundos da promulgação do direito penal

*Julia Ropero Carrasco (URJC)*

A aplicação do direito penal para punir o C/MGF nos países Ocidentais enfrenta uma série de problemas práticos, mas também de natureza social e ética.

De um ponto de vista técnico, fornecer provas de C/MGF não é uma tarefa difícil – qualquer médico/a ou profissional de saúde pode verificá-lo e oferecer um testemunho válido no processo penal. Contudo, os obstáculos surgem em duas áreas, essencialmente: determinar o lugar onde o C/MGF foi praticado (e isto é importante para estabelecer a competência do tribunal), e determinar a pessoa tida como responsável pela ofensa. Para ultrapassar o primeiro obstáculo, alguns países reconhecem a competência dos seus tribunais independentemente do lugar onde ocorreu o C/MGF, desde que a vítima se encontre na área sob sua jurisdição (Torres Fernández 2005, 943-44).



A.A.





A maioria dos países reconhece a responsabilidade dos pais, derivada da omissão de cuidar ou proteger a sua filha, apesar de terem participado diretamente ou não no procedimento. Esta responsabilidade por omissão requer a existência de premeditação – ou seja, se o pai ou a mãe sabiam que o C/MGF seria realizado na sua filha. É por esta razão que o erro ou a ignorância é uma circunstância que tem de ser tida em conta. Se os pais não souberem que o C/MGF foi realizado na sua filha, deve ser aplicada a isenção ou o ajuste da pena. O erro também pode estar relacionado com a proibição da prática, ou seja, se os pais não sabiam que o C/MGF era proibido ou, sabendo que o era, se acreditaram que havia base para justificação através do exercício legítimo de um direito. Esta situação não é despropositada no caso dos migrantes que vêm de países onde a prática é difundida apesar de proibida. Uma vez mais, a circunstância pode levar a um ajuste da pena (Roper Carrasco 2003, 368-74).

Finalmente, se o direito penal e a sociedade em geral desejam fortalecer o seu interesse na proteção das vítimas, não podem evitar o dilema ético da intervenção penal. Enquanto a necessidade de proteger menores pode levar à detenção dos pais e à permissão dos mecanismos oficiais para receberem e cuidarem da criança, a aplicação de tais sanções conduz ao desmantelamento da unidade familiar num setor social particularmente desfavorecido. Além disso, a rotulagem que deriva da punição penal representa um obstáculo à boa proteção das vítimas de C/MGF.

### 3. Direito migratório e asilo

#### 3.1. Asilo e C/MGF

*Rut Bermejo Casado (URJC)*

A *Nota de Orientação sobre os Pedidos de Refugiados relacionados com Mutilação Genital Feminina* do ACNUR de maio de 2009 afirma que uma 'rapariga ou mulher requerente de asilo porque foi obrigada a submeter-se, ou é provável que seja submetida a C/MGF pode candidatar-se ao estatuto de refugiado de acordo com a Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados de 1951. As diretivas do ACNUR consideram o C/MGF como uma forma de violência baseada no género que inflige diversos danos físicos e mentais graves e gera perseguição.

Neste sentido, a Resolução do Parlamento Europeu de 2 de Fevereiro de 2006 sobre a atual situação do combate da violência contra as mulheres e qualquer ação futura, garante que, apesar de o C/MGF não estar literalmente referido na Diretiva do Conselho 2004/83/EC de 29 de Abril de 2004 sobre os requisitos mínimos para a qualificação e estatuto de nacionais de países terceiros ou pessoas sem Estado como refugiados ou pessoas que precisam de proteção internacional e o contexto da proteção oferecida, estas práticas incluem-se no conceito de atos de violência sexual. Adicionalmente, apesar de nenhum Estado-membro da UE, excetuando a Hungria, mencionar o C/MGF nas suas disposições para asilo, as leis



A.A.





nacionais deixam espaço para pedidos de asilo com base no medo de ser sujeita à prática, incluindo a reinfibulação, como forma de perseguição de género ou como ato de perseguição específico de género/de criança.

Por exemplo, o Supremo Tribunal Espanhol afirmou, nas suas sentenças de 15 de Fevereiro de 2007, 11 de Maio de 2009 e 15 de Junho de 2011, que 'onde exista prova suficiente, de acordo com as circunstâncias de cada caso, de que uma mulher é perseguida devido ao seu género, o qual é a razão de certas práticas contrárias à dignidade humana, como casamento forçado e mutilação de um órgão genital, lhe terem sido impostas, e que o enquadramento legal do país de origem não garante proteção legal eficaz, a proteção de asilo deve ser concedida à luz dos artigos 3 e 8 da Lei 5/1984, de 26 de Março, sobre asilo e condição de refugiado.' As sentenças foram promulgadas pelo Supremo Tribunal Espanhol a 15 de Fevereiro de 2007, 11 de Maio de 2009 e 15 de Junho de 2011 (Pérez Vaquero 2010).

Na União Europeia, 14 países já garantiram proteção internacional a requerentes de asilo com base no C/MGF: Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Hungria, Irlanda, Itália, Lituânia, Letónia, Holanda, Roménia, Eslováquia, Suécia e Reino Unido (EIGE 2013, 46-47).

### 3.2. Reagrupamento familiar e C/MGF

*Julia Roper Carrasco (URJC)*

O direito à reunificação familiar é o direito de um migrante manter a unidade da sua família. Este direito justifica-se através de outros direitos fundamentais, reconhecidos em tratados e no direito internacional de direitos humanos, como o direito à privacidade e à vida familiar. [A Diretiva do Conselho 2003/86/EC de 22 de Setembro de 2003 sobre o direito ao reagrupamento familiar](#) pretende estabelecer normas comuns que permitam aos membros da família dos nacionais de fora da UE, que legalmente residam no seu território, de se reunirem com as suas famílias no país onde agora vivem. Em conformidade com esta diretiva, a maioria dos países europeus incorporaram provisões para reforçar este direito na sua legislação nacional sobre migração.

Na prática, o direito ao reagrupamento familiar pode enfrentar a proibição penal do C/MGF. Isso acontece quando um migrante quer exercer o seu direito ao reagrupamento familiar no que diz respeito a uma filha que sofre C/MGF no país de origem. A chegada da menor pode acabar num processo penal contra o pai ou, o que é mais provável, contra a mãe, que está a reunir-se ao marido e é frequentemente considerada como conivente com a realização do C/MGF na sua filha. A proibição penal do C/MGF é então um elemento obviamente dissuasivo contra a legítima aspiração de reagrupamento familiar (Roper Carrasco 2003, 384-85).



A.A.





### 3.3. Estigmatização versus integração

*Cristina Santinho (ISCTE-IUL)*

O termo 'mutilação', associado a políticas de criminalização, tem gerado debates intensos, particularmente na antropologia feminista (Walley 1997). Vários autores salientaram que a utilização deste termo, aliada à criminalização do C/MGF, arrisca-se a estigmatizar as famílias e as mulheres que o praticam.

Algumas considerações precisam ser tidas em conta:

1. Os argumentos ocidentais para a perseguição legal e condenação são responsáveis pelo encobrimento da prática. Este deve-se ao facto de, a nível cultural, as pessoas pensarem que estão a fazer algo positivo pela futura integração das raparigas na sociedade, por exemplo, garantindo-lhes um casamento socialmente adequado.
2. O termo 'mutilação' pode ser rejeitado pois o C/MGF pode ser considerado, para aqueles que o praticam, um embelezamento do órgão sexual, garantindo vantagens futuras para a mulher casada.

Vários/as antropólogos/as e ativistas sugerem a utilização do termo 'corte' ou 'excisão' em vez de 'mutilação', para evitar a estigmatização e a ocultação da prática. A limitação da linguagem ecoa a complexidade deste tema.

A integração de comunidades que empreendem esta prática num contexto Ocidental e o desejado fim do C/MGF devem então assentar no desenvolvimento de ações e políticas não-discriminatórias e não-estigmatizantes. Os projetos de saúde e de educação destinados à erradicação desta prática serão mais eficazes se trabalharem diretamente com as comunidades. O diálogo intercultural destinado ao mútuo acordo para a erradicação do C/MGF deve ser uma consequência natural de uma promoção mais generalizada da profissão de mediador/a intercultural.

### 3.4. Cooperação internacional e prevenção do C/MGF

*Cristina Santinho (ISCTE-IUL)*

Uma revisão da literatura demonstra que as medidas adotadas na cooperação internacional para a erradicação e prevenção do C/MGF não têm sido muito eficazes. As Nações Unidas alertaram para que, em vez de taxas sustentadas de declínio nas últimas três décadas, o crescimento populacional pode resultar em que até ao ano 2050 cerca de 63 milhões de meninas sejam cortadas (UNICEF 2016). O número alarmante de meninas que ainda são submetidas ao C/MGF leva-nos a concluir que a cooperação internacional, nos seus aspetos legais, e a crescente criminalização da prática nas legislações nacionais, pode continuar a apresentar efeitos reduzidos, a não ser que se estabeleça uma estratégia diferente e que as políticas tenham em conta as profundas raízes socioculturais da prática, quer nos países de origem quer na diáspora (Shell-Duncan 2008; Shweder 2002; Thiam 1983).



A.A.





Adicionalmente, enquanto as leis estipulam sentenças para pessoas responsáveis pela prática, as consequências penais dificilmente são sentidas. Enquanto poucos casos chegam aos tribunais e, num contexto de amplo apoio sociocultural, a detenção de perpetradores e/ou pais é pouco provável, a adoção de leis criminais contra o C/MGF não irá impedir os pais de cortarem as suas filhas. Isto demonstra que uma proibição legal por si só não é suficiente, e a necessidade de enfatizar/aumentar o diálogo entre as instituições estatais, as ONG e as redes de poder local, tanto em contextos Ocidentais como nos países de origem, pode levar ao abandono da prática através de programas de prevenção eficazes.

A cooperação internacional para a eliminação do C/MGF será tão eficaz quanto a sua capacidade para consolidar redes institucionais e associações locais, cooptando líderes religiosos, excisadoras e outros atores responsáveis pela prática, e profissionais-chave em escolas e serviços sociais e de saúde. Também se pode prever que a eficiência na erradicação da prática irá aumentar quanto maior for o foco na proteção das crianças através de instrumentos como a *Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU* (UNGA 1989) e a implementação maciça do acesso das raparigas à escolaridade.



A.A.





## CAIXA 1:

### Disposições legais nacionais aplicáveis ao C/MGF (Portugal)

#### LEGISLAÇÃO PORTUGUESA SOBRE C/ MGF<sup>25</sup>

##### CÓDIGO PENAL:

##### LEI N.º 83/2015, DE 5 DE AGOSTO

Trigésima oitava alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, autonomizando o crime de mutilação genital feminina, criando os crimes de perseguição e casamento forçado e alterando os crimes de violação, coação sexual e importunação sexual, em cumprimento do disposto na Convenção de Istambul.

Também altera o Artigo 5º, passando a lei penal portuguesa a ser aplicada ao crime de mutilação genital feminina cometido fora do território nacional

#### CAPÍTULO III “DOS CRIMES CONTRA A INTEGRIDADE FÍSICA”

##### Artigo 144º: A Mutilação genital feminina

1. Quem mutilar genitalmente, total ou parcialmente, pessoa do sexo feminino através de clitoridectomia, de infibulação, de excisão ou de qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino por razões não médicas é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

2. Os atos preparatórios do crime previsto no número anterior são punidos com pena de prisão até 3 anos.

##### Artigo 145º: Ofensa à integridade física agravada

1. Se as ofensas à integridade física forem produzidas em circunstâncias que revelem especial censurabilidade ou perversidade do agente, este é punido:

(...) b) com pena de prisão de 1 a 5 anos no caso do nº2 do artigo 144º-A

c) com pena de prisão de 3 a 12 anos no caso (...) do nº 1 do artigo 144º-A.

##### Artigo 147º: Agravação pelo resultado

1. Se das ofensas previstas nos artigos 143º a 146º resultar a morte da vítima, o agente é punido com a pena aplicável ao crime respectivo agravada de um terço nos seus limites mínimo e máximo.

##### Artigo 149º: Consentimento

(...) 3. O consentimento da vítima do crime previsto no artigo 144º-A não exclui em caso algum a ilicitude do facto.

##### Artigo 5º (alteração): Fatos praticados fora do território português

1. Salvo tratado ou convenção internacional em contrário, a lei penal portuguesa é ainda aplicável a factos cometidos fora do território nacional:

(...) c) Quando constituírem os crimes previstos nos artigos 144.º-A (...), desde que o agente seja encontrado em Portugal e não possa ser extraditado ou entregue em resultado de execução de mandado de detenção europeu ou de outro instrumento de cooperação internacional que vincule o Estado Português



A.A.





## LEGISLAÇÃO PORTUGUESA SOBRE MGF<sup>19</sup>

### CRIME PÚBLICO

A mutilação genital feminina é um crime contra a integridade física. Quando o preceito que prevê o tipo de crime nada refere, como é o caso, o crime em apreço é público. Isto significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo.

#### LEI Nº 147/99, DE 1 DE SETEMBRO - LEI DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO:

Esta Lei não reconhece expressamente o corte/mutilação genital feminina para legitimar a intervenção da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. No entanto, a suspeita de mutilação ou de risco de mutilação já deu origem a denúncias desta Comissão junto de Tribunais de Famílias e Menores (cujos inquéritos foram arquivados).

#### Artigo 1º: Objeto

A presente lei tem por objeto a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral.

#### Artigo 3º: Legitimidade da intervenção

1. A intervenção para promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo.

#### Artigo 8º: Intervenção das comissões de proteção de crianças e jovens

A intervenção das comissões de proteção de crianças e jovens tem lugar quando não seja possível às entidades referidas no artigo anterior atuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo em que se encontram.

#### LEI Nº 26/2014, DE 5 DE MAIO (ALTEROU A LEI N.º 27/2008, DE 30 DE JUNHO)

#### LEI DE CONCESSÃO DE ASILO OU PROTEÇÃO SUBSIDIÁRIA.

#### Artigo 2º nº 1: Alteração à Lei n.º 27/2008, de 30 de junho

(...) b) «Beneficiário de proteção internacional», uma pessoa a quem foi concedido o estatuto de refugiado ou o estatuto de proteção subsidiária, definidos nas alíneas i) e j);

(...) i) «Estatuto de proteção subsidiária», o reconhecimento, por parte das autoridades portuguesas competentes, de um estrangeiro ou de um apátrida como pessoa elegível para concessão de autorização de residência por proteção subsidiária;



A.A.





## LEGISLAÇÃO PORTUGUESA SOBRE MGF<sup>19</sup>

j) «Estatuto de refugiado», o reconhecimento, por parte das autoridades portuguesas competentes, de um estrangeiro ou de um apátrida como refugiado que nessa qualidade seja autorizado a permanecer em território nacional;  
(...) ag) «Requerente com necessidades de acolhimento especiais», uma pessoa vulnerável, designadamente menores, menores não acompanhados, deficientes, idosos, grávidas, famílias monoparentais com filhos menores, vítimas de tráfico de seres humanos, pessoas com doenças graves, pessoas com perturbações mentais e pessoas que tenham sido sujeitas a atos de tortura, violação ou outras formas graves de violência psicológica, física ou sexual, como as vítimas de violência doméstica e as vítimas de mutilação genital feminina, que carece de garantias especiais a fim de usufruir dos direitos e cumprir as obrigações previstas na presente lei.

Em Portugal não existem sentenças ou resoluções pronunciadas pelos tribunais nacionais relativamente a casos de C/MGF. Todos os inquéritos

realizados até à atualidade (menos de uma dúzia) foram arquivados sem julgamento.



A.A.





## CAIXA 2:

### Exercícios práticos para utilizar na sala de aula

#### Exercício prático nº 1:

Os/as alunos/alunas devem ler cuidadosamente as disposições sobre C/MGF no direito criminal nacional e o seguinte caso.

Um homem senegalês viveu no nosso país durante vários anos, e foi-lhe dado reconhecimento administrativo ao seu direito ao reagrupamento familiar. A sua esposa e filhas chegaram recentemente ao nosso país. Quando a filha mais velha, de oito anos, vai a um centro de saúde pela primeira vez no nosso país, o médico conclui que ela sofreu C/MGF e preenche uma queixa. Enquanto o pai é absolvido, a mãe é presa sob acusação de danos causadas pela prática quando a menina estava sob sua custódia no Senegal.

Os/as alunos/alunas devem agora ser divididos em dois grupos:

1. Um grupo irá tentar demonstrar que a mãe deve ser acusada, adotando a posição do Procurador do Ministério Público.
2. Outro grupo irá preparar a defesa da mãe. Agindo coletivamente como advogado de defesa, devem também ter em consideração os elementos relacionados com a proteção da criança.

No debate, os/as alunos/alunas devem salientar os direitos conflitantes em questão (os da mãe, os da filha, e os da filha mais nova, com três meses, que não sofreu C/MGF).



A.A.





## Exercício prático nº 2:

DB, uma nigeriana, recorreu ao Ministério dos Assuntos Internos de Espanha para pedir asilo. No seu pedido afirmou que nasceu em Uselu, uma cidade no sul da Nigéria, perto de Benin City. Explicou que, na sua aldeia, o seu pai organizou-lhe o casamento com um homem muçulmano muito mais velho, com um estatuto socioeconómico muito elevado e já casado com duas jovens mulheres. A requerente também tinha sido sujeita a C/MGF. Para escapar a este casamento, recusou o seu consentimento, fugindo primeiro para o Togo e o Gana e, depois, para Espanha. Atualmente vive em Valencia e está num relacionamento com outra pessoa.

O Ministério dos Assuntos Internos, na sua Resolução de 14 de abril de 2004, recusou o pedido de asilo à requerente, argumentando que a sua afirmação era implausível e incongruente, e que a prova de perseguição era inexistente. A requerente recorreu para o Tribunal Nacional Superior, que negou parcialmente o direito de asilo na sua sentença de 24 de março de 2006. Contudo, após a prova de C/MGF ter sido admitida, o tribunal aprovou a decisão de permitir a requerente a permanecer em Espanha por razões humanitárias, de acordo com o Artigo 17.2 da Lei de Asilo Espanhola.

A requerente também recorreu desta decisão com base na violação do Artigo 3.1 da Lei de Asilo Espanhola e do Artigo 1.A.2 da Convenção de Genebra. De acordo com a requerente, ela preenchia os requisitos legais para o estatuto de refugiada (danos físicos e psicológicos devido a C/MGF e risco de casamento forçado). O Supremo Tribunal, na sua sentença de 11 de maio de 2009, decidiu a favor da requerente, recordando os julgamentos anteriores em que concluiu que uma situação de vulnerabilidade e de marginalização social, política e legal de uma mulher no seu país de origem, que infringe os seus direitos humanos de forma séria e evidente, é motivo para asilo. O tribunal também determinou que a razão 'perseguição-devido-ao-género', incluindo assédio e ameaças para forçar uma mulher a casar, podem ser interpretados como parte de perseguição social. O tribunal ainda afirmou que na Nigéria o C/MGF é frequentemente praticado em mulheres adultas, as quais não possuem proteção legal eficaz contra estas práticas naquele país, reconhecendo assim o direito da requerente ao asilo.



A.A.





Noutro caso, o mesmo tribunal (na sua sentença de 4 de maio de 2008) rejeitou o direito de asilo de uma mulher nigeriana que fugiu por razões semelhantes às de DB. Vivía em Warri e, quando tinha doze anos, um pretendente com quem não queria casar foi aceite pelo seu pai, que a tentou submeter ao C/MGF. Ela recusou e foi espancada várias vezes, até conseguir fugir com a ajuda da sua mãe e de uma amiga. O tribunal recusou o pedido, julgando que não foi fornecida informação suficiente sobre a situação geopolítica da Nigéria para justificar o asilo.

### Questões:

1. Tendo em consideração as disposições nacionais e internacionais sobre o asilo, a recusa do asilo está bem fundamentada?
2. Avalie criticamente (com argumentos contra e a favor) o facto de, na Nigéria, a situação quanto à proteção dos direitos das mulheres ser considerada de forma diferente nos dois julgamentos.
3. Se é concedido asilo a uma mulher nigeriana com base no C/MGF, conforme a sentença de 11 de maio de 2009, como é que esta decisão é compatível com medidas punitivas contra mães com C/MGF que chegam a Espanha com as suas filhas, também elas sujeitas a C/MGF?



A.A.





### CAIXA 3: Avaliação

1. Selecione e analise dois julgamentos criminais sobre C/MGF, uma condenação e uma absolvição, adotados por um tribunal nacional ou regional. Pode consultar legislação e jurisprudência nacional e internacional. Dê a sua opinião, tendo em conta os dilemas que as decisões colocam.
2. Responda às seguintes questões.

1. Considera o direito penal um instrumento útil para combater o C/MGF?
2. Quais os riscos que uma intervenção penal envolve?
3. Que princípios legais devem prevalecer na perseguição dos que cometem C/MGF?



A.A.





# Capítulo V

Serviço social, educação e psicologia



A.A.





# Capítulo V

Serviço social, educação e psicologia

## OBJETIVOS DIDÁTICOS:

1. Melhorar as competências culturais dos/as estudantes de serviço social, educação e psicologia face a questões de C/MGF.
2. Promover o diálogo intercultural em assuntos sensíveis como C/MGF.
3. Encontrar estratégias para lidar com, e apoiar raparigas e mulheres com, C/MGF.
4. Encorajar o debate e a discussão através de casos críticos e exemplos de dilemas.

## RESUMO

1. Serviço social (Cecilia Gallotti, Universidade Roma3)
  - 1.1. Aspetos gerais
  - 1.2. Aspetos práticos
  - 1.3. Aspetos críticos
  - 1.4. Dilemas
  - 1.5. Orientações
2. Educação (Valentina Vitale, Universidade Roma3)
  - 2.1. Aspetos gerais
  - 2.2. Aspetos críticos
  - 2.3. Orientações e sugestões
3. Psicologia (Carla Moleiro, ISCTE-IUL)
  - 3.1. Introdução e enquadramento teórico
  - 3.2. Aspetos práticos
  - 3.3. Orientações para avaliação



A.A.





## 1. Serviço social

*Cecilia Gallotti (Universidade Roma3)*

### 1.1. Aspectos gerais

A presença do C/MGF nos contextos migratórios salientou a necessidade de haver uma melhor conexão entre os sectores sociais e da saúde, bem como de uma mudança de uma visão exclusivamente clínica para uma abordagem que lide com o fenómeno em toda a sua complexidade sociocultural. Atualmente a questão do C/MGF está incorporada nas políticas sociais dos países da UE, não apenas nos objetivos relacionados com a erradicação mas também naqueles relacionados com a prevenção, em termos da 'integração social' das mulheres e raparigas envolvidas em práticas de C/MGF.

Para além das especificidades e diferenças significativas entre as estratégias adotadas, é possível identificar algumas tendências do serviço social na prevenção do C/MGF, tais como a implementação de redes sociais e de saúde integradas como base de um modelo de ação coordenada; a organização de procedimentos de receção e serviços de apoio dedicados; a formação de assistentes sociais; e a realização de atividades educacionais para gerações mais jovens em escolas e associações locais.

### 1.2. Aspectos práticos

#### Redes sociais e de saúde locais e integradas

Os principais objetivos do trabalho em rede incluem:

- a coordenação de esforços ao nível social e de saúde, como ginecologia, obstetrícia, pediatria, clínica geral, enfermagem, sexologia, psicologia, assistentes sociais, educadores/as e mediadores/as, mas também os/as profissionais que trabalham nas áreas de asilo e de tráfico;
- a integração das ações das diversas partes interessadas (outros serviços e associações) aos níveis local e nacional; e
- o trabalho de divulgação eficaz, para informar e consciencializar sobre a prevenção do C/MGF entre mulheres e as suas famílias de forma coerente e ampla.

Este último ponto é claramente um ponto dedicado: por um lado, a informação sobre aspetos legais e de saúde oferece às mulheres a possibilidade de compreender como é que a sua circuncisão é interpretada nos contextos migratórios em que vivem, mas por outro lado, a comunicação destinada à prevenção pode causar estigmatização e, conseqüentemente, resistência cultural.



A.A.





Frequentemente, as mensagens de prevenção unilaterais, veiculadas 'de cima para baixo', não têm em conta as relações interculturais que subjazem ao C/MGF. É por isso que algumas redes introduziram projetos participatórios e comunitários utilizando mediadores/as e femmes-relais, pois entende-se que a maioria das mulheres envolvidas olham para o tema do C/MGF como um assunto privado e trazê-lo para o domínio público não deverá ser dado como certo.

### Procedimentos de receção dedicados

Alguns contextos são considerados como muito importantes no trabalho de prevenção: serviços de saúde, gravidez e parto; aconselhamento e centros de juventude que lidam com educação sexual; e centros de receção para requerentes de asilo.

Em relação aos serviços de saúde, alguns hospitais e outros serviços com elevado número de mulheres com C/MGF estão equipados com sistemas específicos para realizar desinfibulações relacionadas com partos (e eventuais/subsequentes pedidos de reinfibulação) e, em alguns casos, até mesmo para aconselhamento psicológico. Em relação aos serviços sociais, os centros dedicados não são estritamente necessários. Algumas associações nacionais e internacionais (GAMS Belgique e INTACT 2014) designam e formam 'pessoas de referência' como ponto de contato dentro do próprio serviço, para acompanhar/aconselhar colegas que lidam com casos de C/MGF. Além disso, o estabelecimento de uma base de

mediadores/as interculturais e líderes comunitários ligados à questão do C/MGF tem sido defendida.

### Consciencialização e formação de profissionais

Embora, em certos contextos, os/as profissionais de serviço social e de saúde já tenham recebido formação especializada, na verdade continuam a sentir pouca competência quando se trata deste assunto (Simonelli et al. 2013), questionando os seus próprios papéis, o dever ou a extensão do sigilo profissional, a abordagem conveniente a adotar, etc. Os objetivos gerais da formação dos/das assistentes sociais incluem:

- aumentar o seu conhecimento acerca da variabilidade contextual das modificações genitais femininas;
- melhorar as suas competências de interação com mulheres com C/MGF; e
- fornecer técnicas de entrevistas para fortalecer o diálogo interpessoal para serem utilizadas aquando do trabalho com as famílias.

Alguns objetivos específicos também podem ser destacados, pois a formação dos/as assistentes sociais deve transmitir conhecimento sobre C/MGF e orientação prática, mas também aspirar a fornecer uma compreensão mais complexa e crítica do próprio fenómeno, em particular através de:



A.A.





- colocar o C/MGF numa matriz mais ampla de representações culturais de saúde, de sexualidade e de práticas de modificações corporais, considerando as mudanças históricas e culturais das 'tradições' nas paisagens globais;
- fornecer conhecimento sobre a variabilidade territorial, a pluralidade das histórias migratórias, e as diferenças nos contextos de vida das mulheres com C/MGF;
- ter em conta o sistema específico de poder, de género e geracional, e as negociações dentro das famílias e dos grupos a que as mulheres pertencem; e
- considerar os pontos de vista das mulheres nos serviços sociais e de saúde, as modalidades de acesso e de utilização desses serviços, as suas perceções e necessidades face ao tratamento médico do C/MGF e, mais geralmente, em relação com as suas interações interculturais.

### 1.3. Aspetos críticos

O trabalho de prevenção não pode continuar a ser visto como um processo unidirecional. A pesquisa que explora os pontos de vista de mulheres migrantes com C/MGF demonstra que a 'tradição' é agora colocada num contexto global e em rede de significados, no qual as funções da prática mudam e o paradigma do julgamento negativo, pelo menos em princípio,

está a tornar-se hegemónico. Isto tem o poder de gerar algumas contradições e novas vulnerabilidades ligadas ao estigma e às relações interculturais. De facto, no contexto dos serviços sociais, colocar as relações interculturais no 'enquadramento humanitário da ajuda' (Fusaschi 2015) e o C/MGF numa moldura concetual de 'condenação' é um lugar-comum entre os/as profissionais. Foi observado que isto não apenas dificulta a participação das mulheres nos programas de prevenção, mas também contribui para criar vulnerabilidades específicas relacionadas com o estigma de 'ser circuncidada e, por isso, repreendida'.

Estas mulheres não podem continuar a ser consideradas como alvos de estratégias de apoio para 'outras' mulheres, supostamente melhores e 'mais livres'. O trabalho de prevenção deve ser colocado no enquadramento mais amplo da aliança, e não da ajuda, reconhecendo o facto de estas mulheres buscarem maior participação, formarem laboriosamente as suas próprias associações, e relatarem problemas como a falta de espaços públicos. Em suma, trata-se de um apelo para uma nova estratégia comum sobre a 'integridade' do corpo e a 'integração social'.

### 1.4. Dilemas

Muitos/as assistentes sociais 'descobrem' o C/MGF apenas quando acompanham mulheres das quais se encarregam a exames ginecológicos de rotina. Mesmo num centro de saúde, exceto em casos de parto, os/as profissionais não reconhecem facilmente o C/MGF, particularmente em



A.A.





casos de excisão. Um dos dilemas mais relatados é o denominado 'ciclo da negação'.

### Excertos de entrevistas (Galotti 2009)

Um ginecologista do serviço nacional de saúde:

*'Quando estou a fazer a consulta pergunto o que aconteceu, como e porquê, mas elas evitam [a pergunta] e sorriem sem entrar em detalhes. Não sei se é relutância ou se nem sequer entendem porque é que lhes pergunto, como se eu perguntasse porque é que têm uma orelha.'*

Uma mulher nigeriana, utente do serviço:

*'É a primeira vez que estes profissionais vêem a mulher. Olham para ela de forma estranha e não sabem o que dizer, mas eu sinto-me um pouco ... envergonhada porque –mesmo agora– mesmo agora, se tivesse de ser observada por um médico eles iam pensar mal, sim –“O que é esta coisa? O que é isto?”– apenas porque não conhecem! Por isso eles olham como se fosse algo estranho –“Meu Deus, isto é repugnante!”– mas se eu vir um médico que é negro como eu, não!'*

O preconceito do 'tabu cultural' em torno do C/MGF pode tornar-se duplamente indesejável e gerar efeitos paradoxais: ambas as partes parecem ficar presas num sistema mútuo, onde cada parte pensa que a outra não quer falar. Todavia, de acordo com o conhecido axioma da teoria da comunicação, 'uma pessoa não pode não comunicar,' e aquilo que não é dito sobre as excisões inevitavelmente gera interpretações vagas, estereótipos e equívocos recíprocos, sendo que todos eles acabam por aumentar a distância e a incompreensão.

### Exercícios/casos práticos para debate e orientações

#### Discuta as diferentes respostas

Falar ou não falar sobre isso?

1. Respeitar o suposto tabu cultural e evitar problemas ao referir o C/MGF de forma inapropriada e desrespeitando a intimidade e a privacidade das mulheres.
2. Falar sobre isso, porque a consciencialização do problema é um elemento crucial de prevenção e de desencorajamento para a perpetuação do C/MGF em raparigas.



A.A.





3. 'Perguntar é necessário, e investigar, mas não há necessidade de chamar muitas pessoas! É uma coisa pessoal – pessoal! Pode perguntar, eu explico o que é.' (Excerto de uma entrevista de pesquisa etnográfica com uma mulher somali; Gallotti 2009.)

### Discuta o seguinte dilema

*Como posso descobrir os seus verdadeiros pensamentos?*

Esta era a questão que Christine Walley perguntava durante o seu trabalho de campo no Quênia (Walley 1997). Ela interpreta a resistência das mulheres em falar sobre C/MGF devido ao facto de não poderem criticar a circuncisão publicamente.

Em contextos migratórios, a mesma questão surge frequentemente nas mentes dos/das profissionais que encontram mulheres com C/MGF, mas a causa da sua resistência em falar parece ser inversa porque deriva do fato de elas não se poderem criticar a si. Discuta o aparente paradoxo.

### Sugestões para a análise de casos

Uma mediadora que trabalha num centro de aconselhamento frequentado por mulheres com C/MGF 'confessa' a uma colega em que confia que, no passado, executou circuncisões masculinas e femininas no seu país.

- Então, quando eras criança, viste o teu pai fazê-lo?
- Sim, sim, mas aqui não. Não, o meu pai não era médico – foi algo que ele aprendeu com o pai dele. Passa de pai para filho. Ele explicou-me que a das mulheres era mais fácil! Ambos os pequenos lábios são removidos a partir do fundo ... tira-se isto e aquilo, depois tira-se um pouco do clitóris – tira-se um bocado, uma parte, e chega. Para os homens, em vez disso, é necessário puxar tudo para cima, até ao topo, porque uma pessoa que sabe como fazer percebe quando tudo já está puxado para cima, e depois corta ... também perde sangue, eles apertam com um fio – um fio preto que usamos. Aqui fazem em casa, não sabem como fazê-lo ou não têm as coisas necessárias, mas eu aqui a única coisa que faço é furar orelhas – mais nada. Não faço mais nada (Gallotti 2009).



A.A.





### Discuta as diferentes reações que podem surgir deste caso:

1. Denunciar o caso ao chefe do centro ou considerá-lo um segredo profissional.
2. Observar a mediadora para perceber se ela mente ou se engana o centro, ou descobrir uma forma de tentar valorizar as suas competências.

Enumere outras situações semelhantes. Faça o role-play inverso (mediadora/colega) para explorar as emoções e pensamentos das suas próprias reações perante a revelação da mediadora.

Feu una llista d'altres situacions similars. Representeu els dos papers a la inversa (mediadora/col·lega) per explorar les emocions i reflexions sobre les vostres pròpies reaccions a la confessió de la mediadora.

## 1.5. Orientações

Importa refletir sobre o significado e a utilização do silêncio pelas mulheres, pois o silêncio pode ser subversivo: a suposta reticência das mulheres em falar sobre C/MGF com os/as assistentes sociais pode não ter a ver apenas com uma necessidade compreensível de se protegerem a si mesmas, à sua esfera privada e à sua integridade social, mas pode também ter a ver com o estigma intercultural e com a difícil gestão da pertença pluricultural num mundo que considera o C/MGF como sendo algo que é 'bárbaro'.

É importante notar que o próprio sistema social/de saúde, com as suas categorizações instrumentais, é parte de um processo de mudança em curso. Assim, um fator decisivo para uma intervenção adequada é a reflexão crítica do serviço sobre si próprio, sobre a sua linguagem e as suas ideologias.

O C/MGF não deve ser considerado apenas como um problema objetivo a ser prevenido mas também, e especialmente em contextos migratórios, como um elemento de um campo de interações no qual todos estamos incluídos. Neste sentido, para os/as que trabalham em serviços sociais, é importante que se realize primeiramente uma descentralização cultural e que se melhore a competência intercultural.



A.A.





## 2. Educação

*Valentina Vitale (Universidade Roma3)*

### 2.1. Aspetos gerais

Outra importante área de aplicação de projetos de prevenção social do C/MGF é o ambiente educacional e escolar. Devido a algumas experiências realizadas em alguns países de origem, surgiu um forte debate sobre como lidar com jovens raparigas e mulheres. Este é um assunto complexo, extremamente delicado e, ao mesmo tempo, controverso, no qual a esfera privada e íntima da família tem de ser considerada.

Em alguns países africanos (por exemplo Burkina Faso<sup>26</sup>), algumas escolas adotaram procedimentos como o exame dos genitais femininos durante os exames médicos escolares – uma prática considerada discriminatória e traumática para a criança em risco. Talvez nestes casos uma abordagem mais suave para iniciar um diálogo com as crianças, e possivelmente com os pais, durante os exames médicos, seja o caminho certo a seguir.

Mas o tema da educação tornou-se mais saliente especialmente nos países de fluxo migratório. Por um lado, o confronto com as estruturas sociais e culturais do país de imigração pode levar a uma maior sensibilização sobre os danos deste tipo de operação e a questionar as razões pelas quais estas práticas ainda se perpetuam. Por outro lado, a pressão para manter a prática pode até aumentar na comunidade migrante, pois as tradições

reforçam-se devido ao sentido de proteção da sua 'identidade cultural'. Em contextos migratórios o C/MGF pode ser, para pais e meninas, uma forma de fortalecer tradições socioculturais e de manter as famílias simbolicamente ligadas às suas raízes e também socialmente aceites quando retornam aos seus países de origem. Uma vez que estas meninas frequentam a escola nos países europeus de acolhimento, os/as professores/as e os/as funcionários/as devem estar ativamente envolvidos nas iniciativas e intervenções de formação e sensibilização sobre C/MGF.

O aumento dos fluxos migratórios ao longo dos tempos reforçou o debate acerca da inclusão de estudantes imigrantes nos países de destino. A escola representa uma instituição que contribui para a inclusão dinâmica de migrantes, acima de tudo porque é uma das primeiras instituições onde as famílias migrantes estabelecem uma relação estável e, depois, devido à ligação educacional e relacional entre as partes envolvidas. O ambiente escolar é um contexto importante para a inclusão social e outras instituições vêm-na como a base da discussão, da informação e da prevenção do C/MGF. Acredita-se que as escolas devem também fornecer o conhecimento adequado, as competências e os instrumentos de intervenção capazes de identificar meninas potencialmente em risco de sofrerem a prática, e devem agir perante a escolha parental de realizar modificações genitais nas suas filhas.



A.A.





## 2.2. Aspectos críticos

Seguramente que os/as professores/as e os/as especialistas têm o conhecimento e as ferramentas corretas para lidar com cada caso de modificações genitais (embora, de acordo com as estatísticas existentes, raramente o façam). De um ponto de vista crítico, no contexto escolar, a educação sobre e a prevenção do C/MGF significa essencializar a questão da violência, difundir preocupações sociais e contribuir para o aumento dos estereótipos negativos do continente africano, gerando discriminação contra alunos/as migrantes oriundos/as das áreas onde o C/MGF é praticado.

A formação de professores/as e funcionários/as escolares, e as iniciativas de sensibilização para pais e alunos/as, não devem estar centradas no C/MGF: as escolas não devem falar exclusivamente sobre isso mas sim sobre assuntos mais amplos, como a violência baseada no género. O papel das escolas e dos/das professores/as é o de criar inclusão e aumentar a socialização entre os/as alunos/as com diferentes experiências e origens, minimizando as formas de discriminação e exclusão.

É essencial, portanto, que professores/as e funcionários/as escolares estejam treinados/as e preparados/as para:

- lidar com diferenças culturais e linguísticas, bem como com incapacidades e dificuldades de aprendizagem, para evitar o risco de se criar um método de avaliação não-uniforme;

- implementar modelos de educação de alteridade, ajudando alunos/as e pais a ultrapassar posições assimilacionistas e etnocêntricas;
- reduzir as dificuldades de integração escolar dos/as alunos/as; e
- contribuir para a redução do abandono escolar precoce.

Adicionalmente, a escola tem a tarefa de disseminar a informação correta, promovendo a prevenção, reforçando e sensibilizando acerca da violência de género, e desenvolvendo projetos ou atividades para preparar os/as professores/as e encorajar os/as jovens estudantes a refletir sobre temas como o género enquanto construção social, estereótipos e preconceitos de género, padrões patriarcais, discriminação de género e violência sexual contra as mulheres, violência doméstica, bullying, etc.

Juntamente com as discussões sobre violência de género com os/as alunos/as, a escola deve lidar com outros assuntos que afetam o corpo, como a sexualidade e outros tipos de modificações (transgénero, por exemplo), inserindo o C/MGF num discurso maior sobre os corpos e a cultura. Desta forma, a escola irá disseminar a ideia de que a violência de género é um problema generalizado na Europa e não pode ser atribuído apenas a contextos não-europeus identificados somente com práticas de C/MGF.



A.A.





## 2.3. Orientações e sugestões

Na eventualidade de se encontrar na escola uma menor submetida a C/MGF, existem alguns aspectos importantes a considerar relativos ao modo de ação a empregar. Os serviços de saúde (por exemplo um/a pediatra, um/a ginecologista, etc.) e os serviços sociais (como o aconselhamento familiar) devem ser contactados. Eles podem desempenhar um papel importante e de apoio, especialmente na relação familiar. Se a criança ou outros membros da família tiverem dificuldades de comunicação devido à barreira linguística, recomenda-se o envolvimento de um/a mediador/a linguístico/a que possa agir como intérprete.

Assim, a escola, em colaboração com os serviços sociais e de saúde, é responsável pela promoção de um clima de confiança mútua, evitando atitudes de superioridade cultural e evitando julgamento morais, estabelecendo o contato e abrindo o diálogo com a família da criança.

É essencial evitar atitudes estigmatizantes para com a família e a menor, que pode não identificar-se como 'mutilada'. Fazê-los perceber isto cria uma percepção de que a criança é uma 'vítima'. A intervenção escolar, juntamente com a dos serviços relevantes, deve ter em conta o facto de os pais poderem sentir-se desconfortáveis ao falar publicamente sobre C/MGF, pois falar sobre algo relacionado com a sexualidade é tabu para muitas comunidades migrantes. Uma intervenção dentro de um sistema de proteção como a família é frequentemente entendido como uma interferência em assuntos confidenciais, que não têm nada em comum com o resto da sociedade.

Esta atitude pode ser mal-entendida pelas famílias migrantes, que vêm de diferentes contextos sociais e culturais para o Ocidental, onde agora se encontram, e são alheios aos sistemas institucionais de intervenção. Encontrar canais de comunicação apropriados também depende da maior sensibilização por parte das comunidades que praticam C/MGF, o qual é uma violação da lei nos países europeus.

Se um caso de C/MGF realizado numa menor for detetado na escola, é necessário evitar qualquer tipo de intervenção agressiva ou exclusivamente repressiva que possa levar a família a retirar a criança da escola, causando danos futuros no seu crescimento pessoal e inclusão social.

## 3. Psicologia

*Carla Moleiro (ISCTE-IUL)*

### 3.1. Introdução e enquadramento teórico

#### Competências interculturais

Enquanto psicólogos/as, enquadrámos o trabalho neste campo dentro do domínio do aconselhamento intercultural e/ou de competências clínicas para a interculturalidade. Originalmente concetualizado como sensibilidade ou responsividade cultural, as definições e perspectivas do significado de competência intercultural variam.



A.A.





Os fundamentos do aconselhamento multicultural foram estabelecidos por Sue, Arredondo e McDavis (1992), que apresentaram um modelo tri-dimensional que colocava o papel central na (i) consciência do/a psicólogo/a quanto aos seus próprios valores e preconceitos, e a visão do mundo do/a paciente; (ii) conhecimento; e (iii) competências/estratégias de intervenção culturalmente sensíveis (Arredondo et al. 1996).

A primeira dimensão, consciência, refere-se à forma como as atitudes, crenças, valores, preconceitos e autoconsciência do/a psicólogo/a afetam a sua forma de interagir com clientes que são culturalmente diferentes de si. Isto engloba a exploração do eu enquanto ser cultural, e das próprias pré-concepções culturais de cada um.

A segunda dimensão, conhecimento, relaciona-se com o conhecimento informado de culturas diversas, incluindo histórias, tradições, valores, práticas e assim por diante. Também envolve o conhecimento sobre conceitos e processos enquanto influências culturais no desenvolvimento psicossocial, modelos de aculturação e stress de aculturação, desenvolvimento étnico e de identidade racial, estilos de comunicação cultural na relação de ajuda, percepção de discriminação como fator de risco no bem-estar, e síndromes ligados à cultura e intervenção culturais específicas.

Finalmente, uma terceira dimensão importante é a capacidade de se comprometer em interações eficazes e significativas com diversos indivíduos, incluindo no desenvolvimento de uma relação através da

integração da consciência e dos conhecimentos e competências práticas na relação de ajuda, de avaliação e de intervenção psicológicas (Arredondo et al. 1996; Pope-Davis et al. 2003).

De uma forma global, todas as perspetivas sobre competências interculturais implicam que os/as profissionais (psicólogos/as) em estabelecimentos clínicos devem conseguir demonstrar a sua capacidade de prestar cuidados adequados e de qualidade a pacientes culturalmente diversos. Assim, tal foi definido como um processo dinâmico e complexo de estar sensibilizado, e de conseguir reconhecer diferenças individuais e culturais que se refletem nas atitudes e crenças, nos conhecimentos e nas competências do/a profissional ao trabalhar com indivíduos de uma variedade de grupos culturais, incluindo os que são categorizados através da raça, etnia, religião, sexo e género, classe social, orientação sexual ou (in)capacidade (Constantine & Ladany 2001; Daniel et al. 2004).

### Uma abordagem biopsicosocial (à saúde)

Um segundo e importante fundamento teórico para psicólogos/as que trabalham com mulheres e comunidades com C/MGF é a abordagem biopsicossocial à saúde. Esta abordagem define a saúde como um estado geral de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2000). Como tal, a saúde é enquadrada num contexto holístico (bem-estar mental e físico) e sistémico (dentro de um sistema micro, meso e macro).



A.A.





Os processos de saúde (e de doença) são o resultado de factores biológicos (lesões e infecções), psicológicos (comportamentos e atitudes individuais, stress e mecanismos de coping) e sociais (apoio social, comportamentos de saúde comunitária e normas sociais). Assim, desenvolver intervenções a partir de uma abordagem psicossocial à saúde (Straub, 2013) significa examinar tópicos relacionados com a saúde como o C/MGF através de processos psicossociais (género, normas e identidades sociais, processos interculturais, discriminação e opressão) e num contexto cultural. Também significa utilizar o conceito de 'interação social' para integrar, num enquadramento coerente, os vários níveis de análise em questões de saúde: a nível individual, a nível interpessoal; a nível de grupo e a nível comunitário.

### 3.2. Aspetos práticos

As intervenções psicológicas neste contexto podem ter lugar a diferentes níveis, como se segue:

**Individual:** Compreender e examinar as consequências para a saúde, psicológicas, familiares e sociais do C/MGF para uma criança ou mulher em particular, como stress pós-traumático, e o impacto de experiências de discriminação e preconceito para a saúde e saúde mental.

**Interpessoal:** Promover empatia cultural na relação profissional (incluindo comunicação verbal e não verbal), incluindo o envolvimento de mediadores culturais no contexto clínico.

**Nível de grupo:** Compreender e examinar questões de género e identificação com a pertença a grupos, intervindo, por exemplo, no apoio a vítimas de violência de género, na promoção de processos de integração-migração (por exemplo reconhecer modelos de desenvolvimento de identidade étnica e de processos de aculturação).

**Nível comunitário:** Investigar normas sociais comunitárias, promover a capacitação comunitária e envolver líderes comunitários, por exemplo através da mudança de comportamento com o compromisso comunitário através da elaboração de intervenções personalizadas baseadas nos estádios de motivação para a mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção) e na investigação-ação (Barrett et al., 2015).

### Exemplos de políticas/intervenções:

*Dilemas (exercícios/casos práticos para debate e orientações)*

#### Uma sugestão de um caso para analisar em aula

Uma mulher de 25 anos de Conakry, Guiné, vai à sua clínica, referenciada por uma médica de família. Apresenta um conjunto de sintomas somáticos (fortes dores de cabeça, fadiga crónica) e



A.A.





ansiedade (sente-se ansiosa fora de casa e evita eventos sociais/comunitários). É casada e tem dois filhos, e chegou ao nosso país há menos de um ano. Está atualmente grávida do terceiro filho e os cuidados de saúde primários procuram garantir-lhe cuidados pré-natais.

Discuta algumas das suas preocupações neste caso:

1. Estabelecer uma relação de ajuda.
2. Avaliar o seu contexto sistémico (relações marital, familiar e social).
3. Co-construir objetivos e tarefas para o seu trabalho com a cliente enquanto psicólogo/a.

### Discuta o seguinte dilema

Está a trabalhar numa creche na qual foram recentemente recebidas três crianças de uma família refugiada. Vêm da Somália. As crianças têm dois, quatro e cinco anos e são todas meninas. Na reunião semanal da equipa da escola, a professora da menina mais velha diz que ela (Muna) ainda tem dificuldade em controlar os esfíncteres e muitas vezes tem perdas de urina na escola. A diretora da escola informa-o/a a si e à equipa que a mãe de Muna disse que ela era circuncidada, e tem um problema de controlo de esfíncter desde então. Alguns elementos da equipa consideram que o/a psicólogo/a tem de notificar a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) acerca desta situação, mas outros não.

### 3.3. Orientações para avaliação

1. Fazer o role-play da primeira consulta numa situação de aconselhamento.
2. Escrever a discussão de uma vinheta clínica.



A.A.





# Capítulo VI

## Antropologia e desenvolvimento internacional



A.A.





# Capítulo VI

## Antropologia e desenvolvimento internacional

### OBJETIVOS DIDÁTICOS

1. Familiarizar os/as alunos/as com as perspectivas antropológicas sobre o C/MGF.
2. Sensibilizar os/as alunos/as para as implicações socioculturais das políticas de desenvolvimento relacionadas com C/MGF.
3. Compreender a importância da perspectiva etnográfica sobre o C/MGF.
4. Salientar a importância das perspectivas auto-reflexiva e crítica sobre a intervenção humanitária.

### RESUM

1. Etnografia: C/MGF e diferenças culturais  
(Ricardo Falcão e Clara Carvalho, ISCTE-IUL)
  - 1.1. C/MGF, violência, sexualidade e possibilidades de casamento
  - 1.2. C/MGF visto pelos homens e a pressão social sobre as mulheres
2. C/MGF como tradição e C/MGF como norma social  
(Adriana Kaplan e Neus Aliaga, Fundação Wassu-UAB)
  - 2.1. Um rito de passagem e um rito de instituição
  - 2.2. O que é uma norma social?
3. Economias morais e desenvolvimento internacional  
(Giovanna Cavatorta e Francesco Pompeo, Universidade Roma3)
  - 3.1. Locais de intervenção: arenas sociais, sujeitos multi-posicionados e campos locais de definição
  - 3.2. Direitos humanos e economias morais: uma visão geral
  - 3.3. Pesquisando o objeto humanitário e moral do 'C/MGF



A.A.





## 1. Etnografia: C/MGF e diferenças culturais

*Ricardo Falcão e Clara Carvalho (ISCTE-IUL)*

O C/MGF é um tema complexo no qual se cruzam as oposições entre direitos individuais e normas sociais, entre atores externos e indivíduos locais, entre instituições internacionais e autonomia nacional. A abordagem antropológica destina-se a compreender os múltiplos pontos de vista sobre o C/MGF e engloba quer as atividades e as justificações éticas da intervenção humanitária envolvida em campanhas anti-C/MGF, quer os intervenientes locais, incluindo responsáveis, agentes e vítimas.

A antropologia favorece uma abordagem holística para compreender o C/MGF como parte de uma construção social mais ampla da diferença de género em diferentes sociedades. As identidades femininas são construídas em oposição, mas também em complementaridade, com as identidades masculinas, e isto está inscrito nos corpos das mulheres de muitas e diferentes formas, incluso através do C/MGF.

Através de uma abordagem etnográfica, baseada em descrições detalhadas dos processos e dos atores do C/MGF, os antropólogos conseguem compreender as diferentes experiências da prática, a sua evolução e adaptação e salientam as interpretações dos atores acerca das representações da realidade social e cultural (a perspetiva émica), em oposição à representação social da mesma realidade (a perspetiva ética).

Destacando a abordagem émica, alguns antropólogos favorecem a expressão 'modificação genital feminina' (MoGF), que não estigmatiza as mulheres sujeitas à prática como sendo 'mutiladas', como no caso do C/MGF. A perspetiva antropológica do C/MGF preocupa-se com a diferença cultural, entendida e elaborada como uma relação entre observadores e observados: os que cresceram com o C/MGF como referência cultural e os que cresceram sem isso. O estudo desta relação e os limites de tal conhecimento são comumente definidos como epistemologia.

A epistemologia antropológica afirma que um conhecimento absoluto da alteridade cultural não é possível, e apela a um 'relativismo metodológico', ou o relativismo como método. A etnografia é o conhecimento adquirido através da experiência de perceções da alteridade cultural, o significado simbólico do estar-no-mundo, tanto como identidade coletiva como enquanto ser e corpo individual. Este conhecimento emerge das múltiplas interações dos indivíduos na vida social – as suas interpretações, representações e manipulações das regras e normas sociais. É uma tradução da complexidade de um espaço social e uma aprendizagem sobre o que significa 'habitar' diferentes realidades.

Kirsten Hastrup diz-nos que 'Como os indivíduos são por natureza partes de um espaço social maior [...] mas também representam descontinuidades dentro dele [...] o espaço social é, na prática, permanentemente contestado e reformulado. O trabalho de terreno revela como os acordos são atingidos ou quebrados na prática. O espaço social é dinâmico...' (Hastrup 2005, 139).'



A.A.





A etnografia é uma forma de educação pois significa interpretar o mundo de um ponto de vista particular, ao invés de um método que possamos aplicar à realidade para fazê-la falar.

Compreender a importância da etnografia para explicar melhor como é que o C/MGF se torna uma prática social relevante, onde quer que possa ocorrer, é

- 1) considerar a existência de diferentes processos sociais e negociações num espaço social, porque
- 2) os atores sociais têm uma posição que é complexa, dinâmica e mutável; e
- 3) as posições relativas dos atores sociais face à prática do C/MGF dependem de uma miríade de variáveis e contingências (Hernlund e Shell-Duncan 2007); e
- 4) finalmente, rejeitar estratégias únicas para lidar com o C/MGF ou explicações simplistas do fenómeno.

### Debate: Conhecer diferenças culturais

Considere, por exemplo, uma mulher gambiana do grupo étnico Mandinka que vai a um centro de saúde em Barcelona. Sabendo que, na sua cultura, as mulheres são normalmente circuncidadas como rito de passagem, consideraria o C/MGF como sinónimo de ela 'se tornar mulher' ou um fator para ela ser abordada sobre a possibilidade de a sua filha ser cortada?

#### 1.1. C/MGF, violência, sexualidade e possibilidades de casamento

*'Os costumes sociais [...] não são patologias (Shell-Duncan 2008, 229).'*

Mesmo se o conhecimento etnográfico é, por vezes, entendido como sendo interpretativo, isso não elimina a possibilidade de utilizar uma análise estruturada, destinada a responder a questões específicas e contribuindo para um melhor entendimento de tendências concretas. Este conhecimento frequentemente interrelaciona realidades inesperadas e temas aparentemente desconectados.

Esta abordagem é exemplificada em estudos sobre sexualidade, violência e/ou sobre possibilidades de casamento em contextos africanos.



A.A.





Tais estudos, põem em relevo o contraste fundamental existente entre 'doença e violência' e 'prazer e fruição, ou desejo'. Esse contraste sublinha a conotação negativa dos assuntos relacionados com a sexualidade em África, mas também como parece existir um dualismo entre visões que apontam para uma realidade negativa e aquelas que salientam um saldo mais positivo e empoderado do mundo das mulheres; onde os pontos de vista sobre o género já não são reificados num patriarcado que engloba tudo sem a compreensão das suas manifestações particulares.

### Debate: O estudo da sexualidade em África

Signe Arnfred, uma académica norueguesa que estudou a sexualidade em África, salienta uma dimensão frequentemente esquecida quando considera que:

'... as formas pelas quais os assuntos da sexualidade em África são concetualizados nas investigações e debates contemporâneos (frequentemente orientados por doadores), centrando-se na doença e na violência (VIH/SIDA, mutilação genital feminina). [...] A sexualidade – e a sexualidade feminina em particular – parece estar ligada à violência e/ou morte. Não se diz muito acerca de prazer e fruição, ou desejo – certamente não o desejo feminino (Arnfred 2004, 59).'

O significado do C/MGF como forma de violência de género é limitado quando a violência contra as mulheres é, por vezes, difundida e parte da vida quotidiana. Metodologicamente, devíamos interessar-nos em saber que a negatividade em torno das perspetivas de género parece existir de forma apriorística na análise, tornando-o um problema na prática do C/MGF.

As categorias taxativas, normalmente empregues numa análise do C/MGF, não referem as concetualizações locais, o que representa limitações importantes ao entendimento das práticas e perceções locais. Assim, as perceções negativas do C/MGF necessitam de uma confirmação muito cuidadosa no seio dos atores sociais para que os/as ativistas e investigadores/as possam compreender o apoio social, ou a falta dele, à prática.

Preconceitos positivos e negativos face ao C/MGF devem ser explorados na sua total complexidade, e uma abordagem metodológica-relativista deve ser empregue – não existem padrões morais superiores a partir dos quais se julga a realidade.

Descrições detalhadas podem oferecer perceções alternativas e mais complexas, pois as mulheres nas comunidades praticantes de C/MGF podem não se perceberem a si próprias como vítimas de violência. A ideia de 'violência' precisa ser culturalmente contextualizada quando se trata de C/MGF. Aliás, esta ideia levou Fuambai Ahmadu, uma antrópologa baseada nos EUA, de origem serra leonense, ela própria circuncidada, a expressar a sua preocupação de que 'a maioria dos estudos sobre iniciação feminina e o significado do corte genital relacionam-se com a insistência



A.A.





contínua de que este é necessariamente “prejudicial” [...] com base nos alegados efeitos físicos, psicológicos e sexuais do corte genital feminino [...] [e que] de acordo com esta linha de análise, a excisão é necessária para o patriarcado (Ahmadu 2000, 284)’.

A opinião de Ahmadu no debate sobre o C/MGF é controversa, especialmente para os/as que subscrevem o movimento da tolerância zero, mas ela surge como uma subjetividade necessária, fazendo-nos reconsiderar as diferentes realidades subordinadas às siglas C/MGF, as quais considera demasiado focadas na infibulação, ou seja, a sua forma mais grave.

### **Debate: Como é entendida a ‘violência’ é em diferentes culturas?**

Imagine que pertence a uma comunidade que pratica o C/MGF e sente que manter as tradições é um elemento importante da sua identidade. Como se sentiria se pessoas que não partilham a sua experiência cultural lhe dissessem que você era uma vítima de violência de género? Consegue identificar-se com isso? Consegue identificar-se com exemplos recentes destas abordagens à diferença cultural? Discuta os argumentos anti-C/MGF, quer como consequência dos direitos dos indivíduos, crianças e mulheres,

quer como uma forma de violência de género. Oponha estes argumentos anti-C/MGF com aqueles a favor de manter as tradições, mesmo se estas implicam situações de manipulação do corpo.

A posição radical de Ahmadu, recusando uma posição ‘a favor’ ou ‘contra’ o C/MGF, relembra-nos a complexidade das práticas que levam ao corte de mulheres a atingir a maioria. A criminalização destas práticas enfrentou uma rejeição considerável, demonstrando a força e resiliência das crenças culturais. De acordo com Ahmadu, as comunidades praticantes na Gâmbia já não realizam o C/MGF em grandes celebrações após as colheitas de Inverno, mas sim de forma mais restrita, e em idades cada vez menores. O seu trabalho de campo na Gâmbia levou-a a compreender o C/MGF como uma importante prática de género, que não é levada em conta facilmente por quem está de fora e adota um discurso global sobre o tema (ver a terceira secção deste capítulo).

Promover uma ‘mudança de comportamento face ao C/MGF’, quando tal comportamento se enraiza em crenças e normas sociais, implica a capacidade de compreender o que a experiência de ser cortada diz acerca dos papéis de género enquanto construções culturais. As explicações ocidentais, baseadas em paradigmas utilitários-rationais, podem ser



A.A.





entendidas como externas e impostas por pessoas com diferentes visões do mundo e experiências culturais. Tal contribui para afirmar que os direitos das pessoas protegidas pelos instrumentos de direitos humanos estão a ser externalizados, ou seja, estão a ser impostos por agendas que não têm em consideração a sua localização ou a espacialidade das relações sociais. A resistência local a ações anti-C/MGF emerge da má gestão das 'diferenças culturais', sendo expressiva das concetualizações culturais do género, da individualidade, da família, da estrutura social e da moralidade, mas também da violência ou do prazer, e da doença ou da fruição. Em diferentes tempos e lugares, as pessoas concetualizam o mundo em termos culturais, simbólicos e linguísticos diferentes, tendo bases diferentes e usando representações culturais diferentes.

Há abordagens que são 'estratégicas' para considerar como a prática do C/MGF acontece. Porém tratar-se de uma "tendência geral", não confirma nem nega qualquer argumento teórico pré-concebido, como aquele que alega que 'o C/MGF existe devido aos homens', e não como uma forma de constituição em hierarquias de género paralelas, por exemplo, nas comunidades onde a circuncisão masculina é praticada juntamente com a feminina.

## 1.2. C/MGF visto pelos homens e a pressão social sobre as mulheres

Por um lado, o patriarcado é uma característica geral comumente associada com o C/MGF, particularmente pela abordagem feminista. Por outro lado, a complexidade das dinâmicas sociais que contribuem para

a sua continuidade também requer que indicadores concretos sejam utilizados para compreender as atitudes face a esta prática. Um estudo que explora o conhecimento e as atitudes dos homens da Gâmbia face ao C/MGF dá-nos um vislumbre destas perceções gerais:

*'O C/MGF tem sido praticado há séculos, adquirindo um profundo significado cultural. Sobre uma visão do mundo partilhada em que a vida é entendida em ciclos, o C/MGF liga-se ao momento em que em muitas sociedades uma rapariga se torna mulher. Durante o rito de passagem para a idade adulta, dentro de uma cerimónia secretamente protegida de estranhos, especialmente dos homens, as iniciadas eram ensinadas acerca da riqueza cultural e social da sua comunidade, bem como sobre os seus papéis e responsabilidades enquanto mulheres, mães e esposas, estabelecendo relações de poder de género (Kaplan et al. 2013, 2).'*

O mesmo estudo demonstra que os homens participam pouco no processo de tomada de decisão e que, conseqüentemente, o 'C/MGF surge principalmente como uma escolha das mulheres (75,8%) ou como uma decisão de outros parentes e membros da comunidade (10,0%) (ibid., 4).'; também afirma que 'Através do olhar dos homens, o mundo secreto das mulheres permanece embutido de conceitos nebulosos moldados na cultura e tradição étnicas, também influenciada pela religião... (ibid., 8).' Assim, as atitudes e o conhecimento sobre os níveis individual e coletivo são importantes para entender melhor como a sociologia do C/MGF influencia a sua prevalência.



A.A.





### **Debate: Possibilidades de casamento, casamentos inter-étnicos, pressão social e contigência na África Ocidental**

Se as possibilidades de casamento são um argumento para a prevalência do C/MGF, ele tem diferentes valores em diferentes culturas. Na África Ocidental (em países como a Gâmbia ou o Senegal) e na África Oriental (em países como o Quênia), este 'fator de prevalência' do C/MGF largamente aceite parece ter pesos relativos diferentes. De acordo com Hernlund e Shell-Duncan:

'O tema da possibilidade de casamento é central ao modelo convencional proposto por Mackie (2000), e esta preocupação certamente parece estar a levar a prática a muitas áreas de África. Como concluiu Hernlund a partir de pesquisa prévia em zonas urbanas da Gâmbia, contudo, a premissa de que a MGF é necessária para que uma mulher 'encontre um marido' não emergiu nesta região (Hernlund 2003; ver também Ahmadu 2005). Por um lado, é extremamente raro encontrar uma mulher na Gâmbia que esteja solteira contra a sua vontade. Em segundo lugar, sendo o casamento inter-étnico tão comum e aceite, não

é credível afirmar que uma mulher gambiana –que pertença a um grupo circuncidado mas ela não o seja– se consideraria a si própria como não estando de todo em condições de casar, pois o seu espectro de casamento potencial inclui homens de grupos étnicos que não praticam a circuncisão (Hernlund e Shell-Duncan 2007, 51).'

Por sua vez, Hernlund e Shell-Duncan consideram que um elemento muito mais forte na prevalência do C/MGF nas sociedades da Senegâmbia é a pressão social.

'O fator por trás da persistência da MGF tem sido o poder da convenção da pressão social feminina mais do que a preocupação com o casamento (ver também Ahmadu 2005). [...] A pressão social feminina manifesta-se não apenas no contexto do casamento inter-étnico, mas também nos grupos de pares de etnicidade mista e jovens mulheres. Por vezes as raparigas Wolof, por exemplo, "juntam-se" às suas amigas que vão ser circuncidadas, mesmo contra a vontade dos seus próprios pais (Hernlund 2003). Atualmente vemos evidências de que estes



A.A.





casos, porém, se estão a tornar, aos poucos, menos comuns, pelo menos nas zonas urbanas da Gâmbia, onde as raparigas são cada vez mais circuncidadas sozinhas ou com outra rapariga, e com poucos acompanhamentos rituais ou pessoas com experiência. Nestes casos, não existe [tanto] uma dinâmica de grupo para a qual as raparigas não-circuncidadas sejam arrastadas (Hernlund e Shell-Duncan 2007, 53).'

- Considere as possíveis implicações de enfatizar estes diferentes elementos expli-cativos: possibilidade de casamento e pressão social.
- Considere de que forma eles representam diferentes dinâmicas sociais.

## 2. C/MGF como tradição e C/MGF como norma social

*Adriana Kaplan e Neus Aliaga (Fundação Wassu-UAB)*

O ato do C/MGF está ligado à religião, à etnicidade, ao género (promovendo a feminilidade), à sexualidade, à saúde, à higiene, à idade, ao casamento (virgindade prémarital, fidelidade marital) e à socialização (rito de

passagem, honra); tem significado não apenas dentro de um grupo comunitário mas também para o indivíduo, que se conforma a uma crença e a um sistema de valores que difere em cada comunidade de práticas, em cada contexto, e que se altera com a passagem do tempo.

### Debate: O significado do C/MGF

'Atualmente no Quênia, o significado da circuncisão feminina mudou e a prática é vista diferentemente por diferentes indivíduos bem como por diferentes grupos de mulheres. Tal como Njambi afirma (2004, 2007), foi enquanto crescia que a ideia da necessidade da circunsição lhe foi inculcada e, assim, ela submeteu-se à prática devido ao que significava para si enquanto mulher. E isso foi independentemente da forma como os outros – como os seus pais – a entendiam; para ela, era uma viagem pessoal. Este é apenas um exemplo da situação em que a prática tende a ter um significado pessoal ao invés de um significado de grupo: Njambi (2007) até apresenta a prática como meio de empowerment. O C/MGF garantia o acesso ao poder social, político e económico numa sociedade inegavelmente patriarcal (Njambi 2004). Pelo que a perpetuação do C/MGF servia os interesses do indivíduo e da comunidade. Reforçava o sentido de solidariedade feminina que era experienciado durante e após essas cerimónias, levando, conseqüentemente, à re-formação ou re-invenção de práticas tradicionais (Esho, Van Wolputte e Enzlin 2011, 64).



A.A.





## 2.1. Um rito de passagem e um rito de instituição

Em algumas comunidades, e em termos culturais e sociais, a circuncisão (masculina e feminina) faz parte de um ritual de passagem da infância para a idade adulta, e as idades em que é realizada diferem de acordo com variáveis como o sexo, a etnicidade, o lugar e a densidade demográfica dos grupos praticantes. O ritual é essencial para o acesso futuro de rapazes e raparigas ao mundo adulto e, em muitas culturas, o mundo secreto das mulheres é claramente definido e diferente do mundo secreto dos homens (Kaplan et al. 2013). A circuncisão é assim um marco na vida, que simboliza a inclusão num grupo, e é uma questão de pertença social e adesão – a diferença entre estar dentro ou fora (Kaplan, Hechavarría e Puppo 2015, 31-32).

Arnold Van Gennep (1960) descreveu o ritual de passagem como um fenómeno social de grande importância, composto por três fases principais que aqui se apresentam através do exemplo do C/MGF:

- 1. Separação:** Raparigas e rapazes são isolados da comunidade e circuncidados. A rutura com o seu estado anterior (infância) é marcada pelo corte do prepúcio ou pela excisão do clitóris, pelo sangue e pela dor.
- 2. Marginalização:** Dura o mesmo tempo que a cicatrização. É o momento em que se transferem as lições sobre o mundo adulto com firmeza e severidade, para obter riqueza cultural e social e para compreender

todos os direitos e obrigações da sociedade. É um período de alto risco, rodeado pelo cuidado e normas rigorosas, tabus e proibições relacionadas com o C/MGF, a higiene, a alimentação, o vestuário, etc., e normas de comportamento sobre a relação com os pais, com os anciãos, outros géneros e outros grupos étnicos (aprendendo a história das interrelações entre eles).

- 3. Agregação:** Os iniciados são apresentados publicamente numa grande celebração e, enquanto novos membros, adquiriram novos papéis e estatutos sociais. São legitimados e aceites pela comunidade e agora pertencem ao mundo secreto das mulheres ou dos homens.

Os/as atores/atrizes dos rituais são os/as supervisores/as da iniciação e são legitimados/as pelos/as anciãos/anciãs da aldeia. Aquele/a que lidera o grupo é quem organiza as operações e é o/a responsável pela regulação, desenvolvimento e cumprimento do ritual (Kaplan, Moreno Navarro e Pérez Jarauta 2010).

A ideia de 'communitas', um tipo de interação humana que emerge quando não existe uma estrutura social específica, oferece uma descrição mais explícita, pois refere-se ao período liminar dos rituais, quando os indivíduos são sujeitos a uma autoridade comum e são iguais na sua condição ambígua, sem serem avaliados nessa etapa (Turner 1969).

Quando o C/MGF é descrito como um ritual, é necessário estabelecer a 'função social' e o 'significado social' das fronteiras/limites que



A.A.





determinam quem pertence ou não ao ritual, definindo a separação entre 'os que passaram por um ritual daqueles que ainda não passaram e dos que não passarão de todo' (Bourdieu 1991, 117). Chamar a atenção para a 'linha' (separando os submetidos dos não-submetidos ao rito) ao invés de salientar a 'passagem' implica que os 'ritos de passagem' são 'ritos de consagração', 'ritos de legitimação' ou 'ritos de instituição' (Bourdieu 1991).

'O rito de instituição tende a integrar especificamente oposições sociais, tais como masculino/feminino, em séries de oposições cosmológicas, o que representa uma forma muito efectiva de os naturalizar. Assim, ritos sexualmente diferenciados consagram a diferença entre os sexos: constituem uma diferença simples de facto como uma distinção legítima, como uma instituição (Bourdieu 1991, 118).'

Uma rapariga submetida a C/MGF é reconhecida pela sua comunidade como uma 'mulher respeitável' e é tratada de forma diferente das raparigas que não são circuncidadas. O corpo e os genitais da criança estão socialmente e culturalmente ligados a um género e, como tal, a um ato de instituição particular ('tornar-se naquilo que é'). Uma rapariga/mulher circuncidada também terá a obrigação de se comportar como esperado (diferentemente de um rapaz/homem) e 'cumprir e viver em conformidade com a sua essência social'. Nas palavras de Bourdieu, 'Instituir, dar uma definição social, uma identidade, é também impor fronteiras [...] não apenas acordadas e reconhecidas como direitos e privilégios, mas atribuídas, impostas, como deveres, através da ênfase, encorajamento e incessantes chamadas de ordem (Bourdieu 1991, 121).'

### Debate: Anticultura ou antiprogresso?

"A direção que as mulheres seguem deve ser deixada a elas e aos seus membros familiares mais próximos. Tal como os "tradicionalistas" obstinados devem abandonar a sua insistência de que as mulheres não-circuncidadas não são social e culturalmente "mulheres" e, como tal, devem ser-lhes negados os direitos legais e a dignidade dentro da sociedade, tal como são inaceitáveis os esforços duros dos abolicionistas de coagir as mulheres a rejeitar a prática e a estigmatizar as que defendem as suas tradições ancestrais como sendo "iliteradas", "retrógradas", contra os "direitos das mulheres" e o "progresso". Neste "debate", a maioria das mulheres africanas "circuncidadas" são infelizmente colocadas entre a espada e a parede enquanto o adágio continua: ou quebram as leis costumeiras tradicionais e enfrentam as consequências de "não pertencerem", ou ignoram os esforços para banir a prática e enfretam possíveis sanções penais instigadas por erradicadores nacionais e internacionais. Atualmente parece que a pressão sobre as mulheres africanas 'circuncidadas', escolarizadas ou não, é sobre escolher entre estas duas posições extremistas: ser "anticultura" ou "antiprogresso" (Ahmadu 2000, 309).'



A.A.





Atualmente, em algumas culturas e zonas urbanas, a idade das raparigas a quem se pratica o C/MGF está a diminuir e é realizada individualmente e sem celebrações (Hernlund 2000). Esta prática muito privada, quase secreta, é consequência das existentes sanções penais nos países onde o C/MGF é realizado e de campanhas internacionais contra a prática.

## 2.2. O que é uma norma social?

Em 2008, Hobart Peyton Young resumiu o conceito de normas sociais da seguinte forma:

'Normas sociais são regras costumeiras de comportamentos, que coordenam as nossas interações com os outros. Uma vez que uma forma particular de fazer as coisas se estabelece como uma regra, esta continua em vigor porque preferimos conformar-nos à regra, perante a expectativa de que os outros se irão conformar (Mackie et al. 2015, 21).'

Mackie et al. (2015) explicam que uma norma social:

- é uma ação encarada como normal, típica e/ou apropriada de fazer dentro de um grupo (Paluck e Ball 2010);
- recebe apoio de um grupo de referência;
- depende das ações dos outros;
- depende das crenças e expectativas sociais dos outros;
- tem um grupo de referência a mantê-la;
- recebe aprovação ou desaprovação e é socialmente influenciada;

- é uma norma de comportamento que coordena e influencia a interação com os outros; e
- é composta por três elementos: 1) expectativas sociais (uma crença sobre o que os outros fazem e o que os outros pensam que deve ser feito); 2) um grupo de referência; 3) influência social (aprovação ou desaprovação com sanções positivas ou negativas).

Existem indicadores (DHS e MICS) que ajudam a identificar (mas não a estabelecer) quando é que uma norma social está presente numa comunidade específica.

Os principais indicadores são (Mackie et al. 2015, 59-63):

- uma prevalência muito alta da prática/norma num lugar ou grupo étnico específico, e uma prevalência muito baixa noutra lugar/grupo próximo;
- desacordo entre atitudes e comportamentos (por exemplo, opor-se pessoalmente à prática/norma mas, apesar de tudo, continuar a praticá-la);
- persistência da prática ao longo do tempo;
- mudanças rápidas na prática.

Mackie (1996, 2000) com o objectivo de encorajar o abandono do C/MGF (ou seja, uma massa de pessoas a abandonar a prática e a permitir que as suas crianças casem com mulheres não-circuncidadas), propõe um modelo da teoria dos jogos para explicar porque é que a prática necessita



A.A.





de uma mudança de convenção, desde que a prática seja uma convenção social e seja seguida sem questionamentos (Shell-Duncan et al. 2011).

### Exercício: Role-play

Quando comunidades praticantes migram para a Europa, surgem novas complexidades em torno da continuação de tradições como o C/MGF.

Imagine que vem de uma comunidade na qual o C/MGF é praticado e recentemente migrou para a Europa, onde tem de enfrentar o contexto explicado em seguida. Tente adivinhar quais seriam as suas reações, pensamentos, decisões e influências e o que implicaria uma mudança na norma social.

Um encontro com uma cultura não-praticante que não conhece necessariamente o C/MGF, e quando o conhece, condena-o e acusa-o com os seus instrumentos legais que criminalizam a tradição.

- Incerteza acerca da estabilidade jurídica e administrativa.
- Um conflito de lealdades com os anciãos nos países de origem:

- Eles provêm de sociedades gerontocráticas, nas quais o poder é detido pelos anciãos, que representam, e legitimizam a recorrência da tradição.
- A percepção de que o C/MGF não é um problema devido a outras necessidades e urgências básicas (trabalho, escola, residência, questões legais).
- A violência simbólica em torno do C/MGF que é difundida nos media através de imagens e palavras.
- A necessidade do mito do retorno e a sua incidência no processo de socialização das crianças e de construção da identidade de género e étnica.

(Kaplan, Moreno Navarro e Pérez Jarauta 2010, 26-27)



A.A.





### 3. Economias morais e desenvolvimento internacional

*Giovanna Cavatorta e Francesco Pompeo (Universidade Roma3)*

#### 3.1. Locais de intervenção: arenas sociais, sujeitos multi-posicionados e campos locais de definição

A nível geral, a antropologia, com a sua combinação de participação e observação, implica um envolvimento empático com os seus interlocutores e produz a visão do/da informante, a qual é necessária para uma compreensão das dinâmicas sociais da vida quotidiana. A este respeito, oferece alguns conceitos-chave reflexivos, ajudando os/as investigadores/as sociais, agentes de desenvolvimento e operadores/as que lidam com 'o assunto do C/MGF' a abordar os desafios inerentes ao tema.

Primeiramente, e como posições subjetivas locais nunca são homogéneas ou monolíticas vis-à-vis as práticas, é necessária uma noção mais rigorosa do ator social. Considerando que as pessoas são sujeitos multi-posicionados, Henrietta Moore sugere que os atores sociais não expressam uma única posição de género subjetiva mas que cada um assume, sim, posições múltiplas e até contraditórias, 'dentro de um conjunto de discursos e de práticas' (Moore 1994, 55). Isto implica que cada sociedade tem diferentes atitudes e visões, que não podem ser reduzidas a um único sistema de género ou ético. É, por isso, essencial compreender e, simultaneamente, localizar o multi-posicionamento no sentido de prevenir agentes de desenvolvimento ou operadores sociais de adotarem atitudes culturalistas, tais como acreditar

'que as conceções peculiares partilhadas num dado milieuo social, ou até mesmo numa determinada aldeia africana, são estáveis e antigas, existem a todos os níveis, são homogéneas e refletem uma visão do mundo cimentada por valores comuns' (Olivier de Sardan 2005, 83).

Em segundo lugar, as abordagens histórica, dinamista e crítica que a antropologia oferece obrigam a reconsiderar o enquadramento-macro em que o C/MGF emerge como uma questão que é articulada em cada contexto local. Na agenda global de direitos humanos promovida pelas agências da ONU e por outras organizações internacionais, algumas modificações irreversíveis dos genitais femininos são, sob o rótulo 'mutilação genital', elencados como prática universal descontextualizada (ver Fusaschi, II.2., 'Os genitais e a construção do corpo feminino', terceiro capítulo comum deste guia), produzindo uma moral global e social intolerável. Esta produção discursiva estrutura políticas e interações locais no terreno, determinando as assimetrias de poder entre os atores envolvidos. Os projetos de educação e de desenvolvimento que lidam com o C/MGF e promovem o seu abandono constituem arenas nas quais o próprio ato de nomear, definir e localizar a mutilação ou a ofensa é complexo e frequentemente conflituoso. 'A indústria do desenvolvimento é sempre uma arena na qual várias lógicas e estratégias se confrontam: as dos iniciadores da empresa do desenvolvimento confrontam as da denominada população-alvo (Olivier de Sardan 2005, 137).'

Neste sentido, em projetos que promovem o abandono do C/MGF, as relações de poder entre os atores diferentemente implicados (expatriados



A.A.





e pessoal local das ONG, autoridades governamentais e locais, grupos-alvo, etc.) devem ser seriamente consideradas porque também representam uma dimensão económica. Para tal, importa analisar as hierarquias sociais entre os membros das comunidades e os 'especialistas', incluindo 'especialistas' locais que recebem rendimentos e benefícios do projeto. A dimensão económica é, de facto, um fator significativo nestas práticas, não apenas em relação às excisadoras (Gosselin 2000a, 2000b). O privilégio económico é também uma das questões na qual alguns grupos pró-C/MGF assentam o seu discurso anti-ocidental/neocolonialista (Cavatorta 2015).

Em cada campo de definição local de práticas irreversíveis na genitália feminina, seja na Europa ou noutro lado, encontramos vários significados culturais enraizados e diferentes posturas morais. Desde o Relatório Hosken (1982), esses campos locais foram estruturados pelo conflito entre pessoas que promovem o discurso anti-C/MGF hegemónico Ocidental e as que não, mas entre as últimas encontramos pessoas que também não são favoráveis a tais práticas e, mesmo se discordam noutros aspetos, concordam com o abandono e lutam para alcançá-lo. Por exemplo, muita pesquisa de terreno destacou o significado social da posição anti-C/MGF, propondo um discurso confessional forte sobre a intocabilidade do corpo feminino (considerado como um artefacto 'divino'), e reconhecendo a interpretação religiosa como muito autoritária (Abusharaf 2006; Hadi 2006; Cavatorta 2015).

### 3.2. Direitos humanos e economias morais: uma visão geral

Olhando para o governo transnacional humanitário, tais práticas deixaram progressivamente de ser enquadradas como uma questão de saúde para passarem a ser uma questão de direitos humanos (Shell-Duncan 2008), e finalmente uma mistura das duas (Baer e Brysk 2009). Este é um processo que está longe de ser neutro e requer um repensar do regime de direitos humanos.

A antropóloga Sally Engle Merry (2006), na sua pesquisa acerca do movimento transnacional contra a violência sobre as mulheres, demonstrou como o discurso e as leis baseadas nos direitos humanos, particularmente aquelas ligadas à violência de género, estão desenvolvidas. Salientando as assimetrias entre países nas arenas globais de definição e lobbying, Merry demonstra como as noções globais de justiça e direitos são promovidas contra as culturas (produzindo representações essencializadas e não-históricas) e contra os significados e práticas de populações subalternas. A abordagem de direitos humanos daí resultante prejudica o conhecimento dos significados e o diálogo com os 'grupos-alvo', os quais permanecem frequentemente reféns de uma atitude moralista cega. O regime de direitos humanos é um regime moral e os atores humanitários transnacionais, ONG e grupos de advocacia exploram os 'sentimentos morais' no seu trabalho (Fassin 2012, 1), transmitindo a ideia de um único sujeito ético universal e produzindo 'intoleráveis' morais.

De uma perspetiva antropológica, não podemos falar em termos de um 'intolerável universal', pois apenas a 'universalidade do intolerável' pode



A.A.





ser verificável (Fassin 2005, 47). Cada sociedade humana produz os seus intoleráveis 'porque cada sociedade humana refere-se a um universo de valores incorporados em sensibilidades', na base da qual 'criam uma linha que não pode ser passada sem renunciar ao que é a sua fundação' (Fassin 2005, 47). Os antropólogos, ao estudar esta produção de intoleráveis, têm de assumir que 'o nosso sentido moral não corresponde ao sentido social deles' (Fassin 2005, 29), e também têm de compreender a base social e cultural em que cada intolerável é elaborado. Isto implica um entendimento da própria razão pela qual deixar os genitais femininos intocados poderá ser considerado localmente como insuportável (arriscando a fertilidade ou a saúde das mulheres, subvertendo hierarquias sociais baseadas no género e na geração, etc.). Além disso, implica uma compreensão das causas sociais e materiais mais profundas que lhe subjazem, tais como não ter acesso a água, e portanto à limpeza, a dependência das mulheres dos rendimentos dos homens, a pobreza estrutural, e por aí adiante. Este trabalho etnográfico e hermenêutico é crucial se queremos comprometer-nos eficazmente na promoção do abandono destas práticas.

A categorização do C/MGF pela OMS deveria ser reconsiderada como resultado de uma economia moral transnacional, com aspirações hegemónicas e por vezes coloniais, que têm de ser localizadas socioculturalmente e historicamente. Na última década, a noção de 'economia moral' foi redefinida como a circulação de valores e intoleráveis nos mundos sociais (Fassin 2009). Através desta noção, Didier Fassin sublinhou a imbricação dos intoleráveis morais e da indignação social com as governamentalidades humanitárias e estatais vis-à-vis as mulheres,

crianças e, em geral, grupos que a biopolítica e a necropolítica consideram vítimas. Este tipo de governamentalidades, mantém Fassin, produzem uma ontologia da desigualdade que hierarquiza as pessoas com base no valor atribuído à sua vida (Fassin 2012). Uma declinação deste tipo de política é o paradigma da 'compaixão e repressão' do Governo (Fassin 2012, 133-160), o qual é expresso pelos estados europeus vis-à-vis as mulheres requerentes de asilo provenientes de países com alto risco de C/MGF (ver Falcão, II.3., 'Migração, movimentos migratórios e etnicidade'). Esta classificação deveria ser entendida não como dados neutros mas como um dispositivo dessas governamentalidades (Foucault 2007; Fusaschi 2014; Merry 2016).

### 3.3. Pesquisando o objeto humanitário e moral do 'C/MGF'

Partindo de várias perspetivas e diferentes formas de trabalho de terreno, alguns antropólogos têm estudado as economias morais que formam o C/MGF enquanto objecto humanitário e enquanto um assunto do Estado local. Estes estudos revelam as relações de poder, as dinâmicas de exclusão, e a violência epistémica (um preconceito europeu) em causa nas políticas anti-C/MGF, sendo que algumas questões teóricas que surgem neste contexto também têm significado ético e político.

Uma vertente da pesquisa analisa a diferença de valor existente entre humanos (Fassin 2005; Butler 2004) que este tipo de políticas instiga, particularmente quando são aplicados em países europeus. Uma questão poderia ser: como são enquadradas e 'tratadas' as intervenções sobre os



A.A.





genitais das crianças na Europa? É a partir desta perspectiva que Fusaschi (2015) discute dois casos de intervenção em Itália, um relativo aos genitais de uma menina e o outro aos de um menino. Ela demonstra que o tratamento jurídico e dos media nos dois casos revela como o género, a religião, a pertença à comunidade e a cor da pele são essencializados e, precisamente devido à biopolítica do Estado contra o C/MGF, se tornaram eixos de hierarquia social e de exclusão de populações migrantes. Outra abordagem teórica olha para a ligação entre a política do corpo (Scheper-Hughes e Lock 1987) e o consentimento. Em relação à política do corpo, podemos facilmente reconhecer a discrepância nas atitudes sociais ocidentais face à cirurgia genital cosmética e ao corte genital feminino (Johnsdotter e Essén 2010), sendo que no primeiro caso, um corpo imigrante é construído como 'estranho' para poder ser domesticado e atribuído à subalternidade (Fusaschi 2014).

Em relação à questão do consentimento, os antropólogos reconhecem que é um tema problemático e ambíguo (Godelier 1986; Mathieu 1991), uma vez que a noção liberal ocidental de consentimento o considera neutro e universal, esquecendo o facto de apenas algumas mulheres terem direito ao consentimento. Por exemplo, existem mães que podem decidir sobre a modificação genital das suas filhas (por exemplo no Reino Unido, no caso de raparigas que fazem piercings em zonas íntimas) e outras que não (por exemplo no caso de uma menina que pede para receber a Sunna no Djibouti). Desta forma, as hierarquias são institucionalizadas e não se reconhece a agencialidade das crianças.

Outro exemplo prende-se com o estudo de uma parte da história do Quênia relacionada com a proibição do C/MGF, na qual Thomas (1996) destaca a subjetividade das raparigas e, salientando as relações de poder entre as gerações em causa, descreve as tentativas das raparigas assumirem o controlo sobre as anciãs precisamente para desafiar a proibição do C/MGF e tentarem excisar-se umas às outras.

Outra abordagem ao assunto passa por questionar a categoria de 'vítimas', o pilar das políticas sobre os corpos das mulheres, onde se cruzam os discursos e a retórica do campo humanitário e do velho feminismo eurocêntrico. O trabalho de campo antropológico e o 'relativismo metodológico' (Jackson 2005), onde raparigas e mulheres são as atrizes, salienta as relações complexas de poder em jogo entre géneros e gerações. Além disso, este ponto de vista teórico reflexivo e assente na etnografia problematiza os discursos feministas eurocêntricos e essencialistas. Reconhece também que, longe de ser um simples sinal de um regime patriarcal esmagador, a 'circuncisão e as suas implicações sociais' podem ser até 'estrategicamente utilizadas pelas mulheres como instrumentos com os quais negociam o estatuto subalterno e reforçam a sua complementaridade com os homens' (Boddy 1989, 319). A partir do seu trabalho de campo no norte do Sudão, Janice Boddy afirma que 'a maioria vê a circuncisão menos como uma fonte de opressão (apesar de tudo, ninguém atravessa a idade adulta de forma intacta) do que como uma de realização' (Boddy 1989, 319).

As práticas de corte genital feminino são o próprio centro das dinâmicas de poder e, neste sentido, não deveremos ter medo da ética ao reconhecer



A.A.





que poderiam ser utilizadas como uma tática. Ao invés, somos obrigados a compreender como é que elas assumem esta configuração. Além disso, a discriminação e a violência do Estado face ao C/MGF não acabaram com o colonialismo, aliás ainda permanecem, como indicam os casos suecos de exames ginecológicos obrigatórios a raparigas migrantes (Johnsdotter 2009). A pesquisa antropológica verifica que adotar ativamente estas práticas também está correlacionado com campanhas e políticas destinadas a erradicar o corte genital feminino com vitimização e abordagens neocolonialistas.

### Avaliação

Os artigos seguintes baseiam-se na análise de projetos e campanhas que promovem o abandono das denominadas práticas de C/MGF em alguns países africanos. Discuta as abordagens teóricas propostas pelos autores e os riscos sociais, morais e políticos que emergem em cada campo local.

- Diop, Nafissatou J., e Ian Askew. 2006. 'Strategies for encouraging the abandonment of female genital cutting: Experiences from Senegal, Burkina Faso and Mali.' Em Female Circumcision: Multicultural Perspectives, editado

por Rogaia Mustafa Abusharaf, 125-41. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

- Gosselin, Claudie. 2000. 'Handing over the knife: Numu women and the campaign against excision in Mali.' Em Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 193-214. Boulder-Londres: Lynne Rienner.
- Hadi, Amal Abdel. 2006. 'A Community of Women Empowered: The Story of Deir Al Barsha.' Em Female Circumcision: Multicultural Perspectives, editado por Rogaia Mustafa Abusharaf, 104-24. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.
- Thomas, Lynn M. 2000. "'Ngaitana (I will circumcise myself)": Lessons from Colonial Campaigns to Ban Excision in Meru, Kenya.' Em Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 129-50. Boulder-Londres: Lynne Rienner.



A.A.





# Capítulo VII

## Estudios feministas e de género



A.A.





# Capítulo VI

## Estudos feministas e de gênero

### OBJETIVOS DIDÁTICOS

1. Gerar conhecimento sobre o C/MGF e outras práticas nefastas entre os/as alunos/as de estudos de gênero, estudos feministas ou estudos das mulheres.
2. Desenvolver as capacidades dos/as alunos/as para abordar e analisar uma prática patriarcal como o C/MGF a partir de uma perspectiva sensível ao gênero, intercultural e não-etnocêntrica.
3. Fornecer conceitos teóricos, ferramentas e métodos desenvolvidos por diversos/as autores/as e acadêmicos/as feministas para abordar criticamente o C/MGF.
4. Ajudar os/as alunos/as a refletir sobre a construção social do gênero, da genitália e da sexualidade, e a sua relação com a desigualdade de gênero.

### RESUMO

1. Hierarquia de gênero e C/MGF
  - 1.1. Sistemas patriarcais (Laura Nuño Gómez, URJC)
  - 1.2. Gênero e genitália (Magaly Thill, URJC)
  - 1.3. Controlo sobre a sexualidade das mulheres (Laura Nuño Gómez, URJC)
  - 1.4. O enquadramento androcêntrico dos direitos humanos (Laura Nuño Gómez, e Magaly Thill, URJC)
  - 1.5. Violência contra as mulheres (Sonia Nuñez Puente, URJC)
  - 1.6. Gênero, coerção e consentimento (Sonia Nuñez Puente, URJC)
2. C/MGF e outras práticas de gênero
  - 2.1. Algumas práticas do tipo IV do C/MGF, cujo aspeto nefasto é questionável (Michela Fusaschi, Universidade Roma3)
  - 2.2. Ligações entre C/MGF e outras práticas nefastas (Laura Nuño Gómez e Magaly Thill, URJC)
  - 2.3. Diferenças e semelhanças entre circuncisão masculina e C/MGF (Gily Coene, VUB)
  - 2.4. Cirurgia cosmética genital na Europa (Michela Fusaschi, Universidade Roma3)
  - 2.5. Interseccionalidade e estigmatização das sobreviventes de C/MGF na União Europeia (Gily Coene, VUB)
3. Vozes do envolvimento feminino e empowerment
  - 3.1. O estatuto das mulheres excisadoras (Michela Fusaschi, Roma3)
  - 3.2. As vozes de feministas do Sul na prevenção do C/MGF (Gily Coene, VUB)
  - 3.3. Porquê e como envolver os homens na neutralização do C/MGF (Gily Coene, VUB)
  - 3.4. C/MGF e a perspectiva do empowerment (Sonia Nuñez Puente e Magaly Thill, URJC)



A.A.





## 1. Hierarquia de gênero e C/MGF

### 1.1. Sistemas patriarcais

*Laura Nuño Gómez (URJC)*

O conceito de patriarcado refere-se a estruturas sociais interrelacionadas e a práticas de natureza cultural, ideológica e institucional, que historicamente estabeleceram e mantiveram a dominação, opressão e exploração masculinas sobre as mulheres na família e na sociedade (Lerner 1986, 239; Walby 1990, 20). Este pacto masculino interclasses e meta-estável para manter as mulheres subordinadas (Amorós 1997, 27), que não é estático ou monolítico, permite que as mulheres exerçam algum poder sobre outros membros da família, como as crianças pequenas ou raparigas adolescentes, e que tenham um controlo aparente sobre tarefas específicas de gênero, essencialmente relacionadas com atividades reprodutivas. Adicionalmente, a maioria dos sistemas patriarcais permite que as mulheres ocupem posições de poder na esfera pública desde que esta presença não ameace a prevalência e a dominância masculinas. Também deve ser dito que alguns teóricos preferem o conceito de sistema de sexo/gênero para salientar que as 'formas opressivas empíricas em que os mundos sexuais foram organizados' não são inelutáveis (Rubin 1975, 168).

Três dimensões interrelacionadas do acordo social sustentaram a estratificação de gênero, permitindo a permanência do patriarcado: a ideologia de gênero,

que legitima a autoridade masculina; as normas de gênero, de primordial importância para as mulheres; e os estereótipos de gênero, que reforçam a hierarquia de gênero sob a capa de explicações deterministas (Saltzman Chafetz 1990). Em sociedades onde o logos é dominado pelos homens, a construção androcêntrica do significado estabeleceu o falo como significante universal – um fenómeno que, de acordo com Derrida, foi referido pelas autoras feministas Cixous, Irigaray e Braidotti como falocentrismo, que condena as mulheres à alteridade e à objetificação (Beauvoir 1949), à exclusão do estatuto de indivíduos (Pateman 1988), à imperfeição e à ausência (Irigaray 1985), à heterodesignação (Amorós 1997) e a um estatuto subalterno, que é produto do patriarcado e do imperialismo (Spivak 1998).

### 1.2. Gênero e genitália

*Magaly Thill (URJC)*

A teoria feminista demonstrou como, na maioria das culturas, as instituições, as narrativas e as práticas dividiram a sociedade em dois gêneros dicotômicos, complementares e hierarquizados (Millett 1970). Fundamentando-se criticamente na ideia anti-essencialista de que o gênero é uma construção social, enquanto o sexo se refere a diferenças biológicas (Oakley 1972), o feminismo material e a teoria queer afirmaram que a hierarquia é anterior à divisão e que não existe nada sobre um sistema de gênero binário que seja dado ou necessário (Delphy 1993; Butler 1988, 531). De acordo com este postulado, os corpos de homens e mulheres são os produtos de uma construção social que



A.A.





ênfatiza as diferenças anatômicas e suprime as semelhanças entre os órgãos sexuais masculino e feminino, com o objetivo de fornecer uma justificacão natural para as diferenças socialmente estabelecidas entre gêneros e, assim, para a divisão sexual do trabalho e para a dominação masculina (Bourdieu 1998). Se o sexo surge primeiro ou se é o gênero que precede o sexo, o facto é que a dicotomia sexual tem sido socialmente reforçada através do acentuar das características anatômicas – uma exigência exacerbada para as mulheres, cuja essência é construída como um corpo (hiper)sexualizado.

Com base neste binário sexual hegemónico, as crianças intersexo são submetidas a cirurgia com o intuito de conformar a sua genitália às expectativas sociais, impondo-lhes um corpo normativo e uma identidade de gênero. Estas intervenções foram definidas como mutilação genital devido ao seu grande impacto negativo na função sexual e no bem-estar físico e psicológico (Ehrenreich 2005, 74). Outra manifestação desta dicotomia normativa pode ser encontrada na crença de que o clitóris pode crescer, rivalizando com o pênis do homem e danificando-o durante as relações sexuais, razão pela qual o C/MGF é justificado por exemplo no Sudão (Lightfoot-Klein 1989).

Em paralelo, as narrativas androcêntricas sobre a sexualidade (que se encontram numa variedade de disciplinas, desde a literatura à psicanálise) concetualizaram os genitais femininos como uma alteridade, um não-pênis ou um vazio – quando não o são um tabu completo (Irigaray 1977) – e dão origem a mitos e estereótipos que os descrevem como mutilados, repugnantes ou perigosos, sugerindo que deviam ser pequenos, escondidos e selados

(Millett 1970; Bourdieu 1998). A clitoridectomia, a remoção dos lábios, a infibulação e, de alguma forma, o alongamento vaginal correspondem a uma construção androcêntrica e heteronormativa da anatomia e da identidade das mulheres, quer seja praticada de forma tradicional ou no contexto de uma cultura ocidental, neoliberal e 'pornoquique' (Jeffreys 2005, 82-86).

### 1.3. Controlo sobre a sexualidade das mulheres

*Laura Nuño Gómez (URJC)*

A socialização patriarcal impõe mandatos rigorosos à sexualidade das mulheres, de forma a manter os seus corpos disponíveis para utilização masculina com fins sexuais e reprodutivos, de acordo com os padrões patriarcais de dominação (MacKinnon 1989, 188). Entre as comunidades praticantes, acredita-se que o C/MGF restringe os apetites sexuais femininos 'excessivos' como forma de garantir a virgindade até ao casamento, especialmente nos casos de infibulação, e a fidelidade ao marido a partir do casamento, protegendo desta forma a sua linhagem (El Saadawi 1980).

As clitoridectomias também eram realizadas na Europa e nos Estados Unidos nos séculos XIX e XX por médicos e psiquiatras, numa perspectiva androcêntrica e misógina, com o pretexto de 'salvar' as mulheres da histeria e de outras 'doenças' mentais/específicas do gênero, ou para erradicar comportamentos considerados 'desviantes' como a masturbação, o lesbianismo ou pretensões a uma maior autonomia, incluindo o ativismo



A.A.





político ou pedidos de divórcio (Showalter 1985). A diferença entre o C/MGF e estas razões para a excisão assenta no aspeto ritualístico do primeiro (Zabus 2004) e nos argumentos utilizados para justificar ambos os fenómenos: o respeito pelas tradições que reforçam a castidade das mulheres em oposição à aplicação de uma ‘cura’ pseudocientífica para o comportamento subversivo das mulheres.

#### 1.4. O enquadramento androcêntrico dos direitos humanos

*Laura Nuño Gómez e Magaly Thill (URJC)*

A inclusão das mulheres no grupo dos detentores de direitos, do qual foram inicialmente excluídas, aconteceu aquando da homologação da sua identidade, com o padrão hegemónico, neutro e universal do homem/ indivíduo branco ocidental heterossexual sem diversidade funcional. As necessidades das mulheres, derivadas da sua posição subordinada nas sociedades patriarcais, foram ignoradas, distorcidas e negadas nas duas principais convenções internacionais de direitos humanos (a International Covenant on Civil and Political Rights, ou ICCPR<sup>27</sup>, e a International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ou ICESCR<sup>28</sup>), as quais reforçaram a oposição liberal e público-privada e mantiveram as relações de poder provenientes das esferas familiar, íntima e sexual fora do âmbito dos direitos humanos (Charlesworth 1994). Desta forma, os direitos das mulheres foram vistos como um particularismo, uma especificidade ou um privilégio (Nuño Gómez 2013).

Apesar do preconceito androcêntrico e da eficácia limitada dos direitos humanos, as ativistas feministas a nível global utilizaram este enquadramento concetual e institucional para fazer avançar as suas exigências, pois representava uma forte influência para desenvolver uma cultura de justiça e igualdade e para empenhar os Estados no reforço desses valores. Dois marcos fundamentais deste percurso têm de ser destacados: a adoção da Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)<sup>29</sup>, utilizada para desafiar a discriminação contra as mulheres nas Declarações e Convenções da ONU; e a definição da violência de género, que inclui o C/MGF, como uma violação de direitos humanos. Muito está ainda por fazer ao nível do reconhecimento dos direitos das mulheres, desde o reconhecimento do trabalho reprodutivo como uma ocupação, ao direito das mulheres ao prazer sexual e à autonomia.

Nas últimas décadas tem existido um aumento do (ab)uso do discurso dos direitos humanos e, mais particularmente, dos direitos das mulheres, como um álibi para justificar intervenções políticas, culturais, económicas e militares/ imperialistas no Sul Global (Abu-Lughod 2002). Como resultado, académicos multiculturalistas, pós-modernos e pós-coloniais expressaram o seu criticismo face à viabilidade das normas universais e do monopólio ocidental de ‘corrigir os erros’ (Spivak 2004). Enquanto todas as culturas merecem ser reconhecidas como igualmente válidas devemos, no entanto, lembrar que, devido às relações de poder do patriarcado, a precedência dos denominados ‘direitos dos grupos’ sobre os direitos individuais (baseados na ‘intocabilidade’ das culturas, na



A.A.





superioridade dos preceitos religiosos e no relativismo cultural) provavelmente reforçará a posição subalterna das mulheres (Moller Okin 1998).

Uma forma promissora de abordar e promover eficazmente os direitos humanos de todas as mulheres do mundo na sua diversidade, de todos os outros concretos (Benhabib 1992), passa por ultrapassar a dicotomia epistemologicamente errada entre autonomia individual e direitos culturais, através de um diálogo intra e intercultural (Benhabib 2004, 148), nas palavras da feminista ugandesa Sylvia Tamale, 'ultrapassar a polaridade entre "direitos" e "cultura" para alcançar a transformação social (Tamale 2007, 157). Ou seja, combinar, ao invés de opor, as políticas de redistribuição e reconhecimento, ao mesmo tempo que se assegura a paridade participatória das mulheres, quer dentro do grupo minoritário ou dominado, quer em relação com o grupo maioritário ou dominante.

## 1.5. Violência contra as mulheres

*Sonia Nuñez Puente (URJC)*

Concetualizada como uma violação de direitos humanos e um obstáculo à igualdade de género, a violência de género é um fenómeno estrutural difundido, pois o denominador comum da hierarquia sexual, e o uso da violência para o manifestar, assegurar e reforçar, pode ser encontrado em todas as culturas. Milhões de mulheres, de norte a sul e de leste a oeste, experienciam diferentes tipos de violência apenas devido ao seu género: nascer rapariga coloca uma

pessoa em maior risco de violência física, psicológica, económica, sexual, espiritual e simbólica, com o objectivo cimeiro de manter o mandato da subordinação, da desigualdade de género, e do controlo patriarcal sobre os corpos, as decisões, as identidades e as vidas das mulheres.

Por vezes afirma-se de forma errónea que o C/MGF não é uma forma de violência de género, alegando-se que a maioria dos excisadores são mulheres. Fazer isto é esquecer que a definição internacional de violência contra as mulheres assenta em cinco elementos, e nenhum deles é o género do perpetrador: o género das vítimas ('mulheres'), o tipo de atos ('qualquer acto [...] incluindo as ameaças de tais actos, coerção ou privação arbitrária de liberdade'), a causa destes atos ('baseada no género'), as suas consequências ('que resultem, ou que provavelmente resultem, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico') e o contexto em que ocorrem ('em público ou na vida privada'). A violência contra as mulheres não envolve apenas o agressor e a vítima: a sua erradicação, que é impossível sem se lidar com a desigualdade de género e com a capacitação das mulheres, é uma obrigação dos Estados e uma responsabilidade que deveria ser suportada pela sociedade como um todo.

## 1.6. Género, coerção e consentimento

*Sonia Nuñez Puente (URJC)*

Uma vez que as raparigas menores de idade não possuem a capacidade legal de consentimento –ou seja, de tomar livremente uma decisão com a noção



A.A.





das consequências para a saúde que essa mesma decisão acarreta— alguns países, sob a justificação do respeito pela autonomia das mulheres, não criminalizam o C/MGF quando este é efectuado num ambiente medicalizado e com o consentimento informado de uma mulher adulta, como, por exemplo, no caso de reinfibulação após o parto. Uma perspectiva crítica feminista deve, porém, analisar como a autonomia pode ser restringida por ditames culturais e pela dependência social e económica das mulheres (Rahman e Toubia 2000, 65-66; Fraisse 2007).

Neste sentido, a distinção entre dois tipos de patriarcados, de coerção e de consentimento, é muito útil pois fornece um enquadramento teórico para analisar a funcionalidade da violência de género (Puleo 1995; De Miguel 2015). Sob a premissa de que todo o sistema patriarcal se baseia em ambas as estratégias, a diferença é que o modelo coercivo sanciona, de forma rígida, o que é permitido e proibido às mulheres, enquanto o seu esquema correlativo de consentimento aparentemente promove a igualdade de género, embora, na realidade, crie desigualdades através de narrativas binárias que influenciam os papéis de género de forma rígida.

Foi demonstrado como é que os pensamentos, percepções e ações dos grupos dominados são construídos através da socialização, seguindo as estruturas de dominação. O conceito de habitus, que não é o produto de uma decisão consciente e racional, nem imposta pela força ou coerção, mas sim adquirida através do exemplo e da prática, pode explicar a aceitação das mulheres à dominação masculina e a sua participação nos ritos

patriarcais (Bourdieu 1998). Também pode ser útil compreender como é que mulheres socializadas em culturas onde o C/MGF é valorizado como rito de passagem, que aumenta a propensão das raparigas conseguirem bons casamentos, são fortes apoiantes da prática, quando elas próprias sofreram as suas consequências de saúde e sexuais negativas.

É também de grande importância analisar como o C/MGF e, de alguma forma, a violência contra as mulheres são concetualizados no discurso dos media no Ocidente, sob a capa do compromisso para com a igualdade de género, re-vitimizando mulheres e raparigas através de imagens estereotipadas que fecham qualquer possibilidade de agência para as vítimas (Boltanski 1993; Nuñez Puente 2015).

### Caixa de texto etnográfico: excertos de entrevistas (Bagaglia et al. 2014)

*Zema, uma mulher etíope, 38 anos:*  
*'O nosso povo diz que, desta forma, ficas mais calma. Dizem que a rapariga fica mais calma e não vai ter muitos filhos. [...] Os pais, em particular, ficam muito felizes porque sentem-se protegidos porque*



A.A.





*a rapariga fica calma, permanece em casa, não anda à procura de homens, não é nervosa, e por isso os pais ficam contentes.*

*'Eles cortam-te e depois tu não sentes nada –é óbvio. Ficamos mais ... tu sabes, é preciso mais tempo. Podes ter sexo, mas não és tão ... demora tempo. Porque o teu parceiro– OK, ele conhece-te, ele percebe-te – mas se estiveres com alguém que não te percebe, oh!*

*'Eles cortam a ponta do teu clitoris, sabes, cortam mesmo naquela zona onde está [a sensibilidade], por isso um homem que te conhece, sim, vai procurar o sítio certo, mas [ele] que não te conhece, bem, tem problemas! Com o tempo tu aprendes, o teu parceiro conhece-te melhor e aprende, ele sabe como [o] fazer, mas com alguém que não sabe, não consegues ter um orgasmo.'*

*Maryam, uma mulher egípcia, 44 anos:*

*'Oh, eu gritei, gritei tanto, e chorei, e perguntei aos meus pais, "Porquê? Porque é que fizeram isto?", e eles contaram-me muitas mentiras porque eu era apenas uma criança. A minha mãe disse-me que eu tinha de me comportar como toda a gente. "É normal". Eu tinha de me comportar assim. "Senão, serás desagradável. Senão, não vai ser normal. De outra forma vais ficar igual aos homens – vais ser como um homem. Se não fizeres isto vais ficar como os homens!"'*

*Faizah, uma mulher egípcia, 33 anos:*

*'As raparigas que não são circuncidadas querem mais sexo que as outras. Uma pessoa sente prazer, mas se o marido está longe dela, ela não pode ter isso porque ele está fora. Por exemplo, ela ficou no Egito, longe dele –ele foi para a Líbia– mas ela não tinha vontade, e dizia que tinha sido circuncidada por causa disso, para não ter vontade quando o marido está longe, mas quando ele está perto, ela sente vontade, e também sente prazer, como todas as outras mulheres.'*

*Adisa, um homem eritreu, 27 anos:*

*'Em África têm esta tradição: fazem a circuncisão porque se não fizerem, as mulheres ficam um pouco estranhas, querem mais homens, sabe. Elas fazem isto antes do casamento porque –as famílias acreditam nisto– é quando elas se comportam assim. Mas eu não acho certo. [...] Eles comportam-se assim porque os pais em África ficam preocupados, porque uma mulher antes do casamento não pode ir com os homens. Quando ela vai com homens antes do casamento, não vale nada para a família.'*

*Josette, uma mulher marfinense, 44 anos:*

*'Uma amiga somali disse-me "Estou sozinha [solteira] por causa*



A.A.





*disso. É por isso que eu não vou com outros homens – porque eles obrigaram-me a casar aos 16 e quando tive sexo pela primeira vez, sofri muito! O homem, pouco a pouco, tem de te abrir, abrir tudo! Pouco a pouco...!” Finalmente ela fugiu e nunca mais voltou para casa. Nunca mais estive com um homem. Não tem filhos, completamente sozinha.*

*‘Não há nada que ter vergonha. Se queremos acabar com esta coisa, precisamos de falar. Porque é como se o teu marido te tiver batido e tu não queres contar a ninguém, mas se não contares, ninguém te vai defender! Se guardares só para ti não é bom.’*

*Samia, uma mulher chadiana, 26 anos:*

*‘Em algumas zonas, mal a rapariga começa a menstruar, é circuncidada. É um hábito, uma tradição – se calhar nem eles sabem a razão. É um hábito, toda a gente faz, por isso eles fazem o mesmo. [...] Os homens, sim, têm de ser circuncidados, mas as mulheres, têm de fazer porquê? Os homens, por razões de higiene, e porque quando se tornam homens, vão ter as suas mulheres ... a circuncisão tem a ver com sexo, com relações sexuais entre marido e mulher.’*

*Uma mulher somali, 70 anos:*

*‘A primeira vez que fui a uma consulta, imediatamente após ter-me deitado, o ginecologista ficou chocado e exclamou “Oh minha senhora! O que lhe aconteceu? Foi queimada?!” E eu disse, “Não! Foi cosido. Isso não vem escrito nos vossos livros?! Você é médico – fala-se sobre isto nos manuais,” porque o meu marido era médico e foi ele que me disse isto. Eu disse “Não existe nenhum manual sobre este assunto africano?!” E ele respondeu, “Não, eu nunca ouvi falar disto!” “OK, está na altura de o fazer porque nós agora somos muitas aqui na Europa!”’*

## 2. C/MGF e outras práticas de género

### 2.1. Algumas práticas do tipo IV do C/MGF, cujo aspeto nefasto é questionável

*Michela Fusaschi (Universidade Roma3)*

O termo ‘mutilação genital feminina (MGF)’, de acordo com a OMS, compreende todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outros danos aos órgãos genitais



A.A.





femininos por razões não médicas. Não tem quaisquer benefícios médicos e prejudica de muitas formas as raparigas e as mulheres. Em 2007 a Organização Mundial de Saúde redefiniu o tipo IV de MGF, afirmando que nesta categoria deveriam ser incluídas ‘todos os outros procedimentos prejudiciais à genitália feminina por razões não médicas, por exemplo: picagem, piercing, incisão, raspagem e cauterização’ (WHO et al. 2008, 4).

Antes dessa data e desde 1997 (OMS, UNICEF e UNFPA 1997), a OMS incluiu no tipo IV o alongamento labial e a introdução de substâncias ou ervas dentro da vagina (compatível com a introdução de lubrificante vaginal, tão comercializado no mundo ocidental?). Vários estudos antropológicos e médicos verificaram que estas práticas não têm consequências negativas e não violam os direitos das mulheres, pois não envolvem violência física (Fusaschi 2012; Bagnol e Mariano 2011). Por exemplo, uma pesquisa etnográfica na região dos Grandes Lagos do Ruanda demonstra como a feminilidade está incorporada numa prática ritual chamada *gukuna*, que consiste no alongamento dos pequenos lábios através de uma massagem recíproca entre jovens mulheres (Koster e Price 2008). Esta construção social do corpo feminino, juntamente com a *kunyaza*, uma técnica tradicional sexual masculina, supostamente facilita o prazer durante a relação sexual. Esta análise mostra como este ritual persistiu no país apesar da sua condenação pela Igreja Católica desde o período colonial, e como ainda hoje é reinterpretada por jovens mulheres como um processo de emancipação (Fusaschi 2012).

Atualmente, a definição oficial do tipo IV da OMS ainda importa, pois inclui práticas que são consideradas socioculturalmente como ‘mutilação’,

mas apenas em relação a cidadãos fora da UE, por exemplo, piercing do clitóris ou outras operações cirúrgicas para reduzir e reposicionar o clitóris.

## 2.2. Ligações entre C/MGF e outras práticas nefastas

*Laura Nuño Gómez e Magaly Thill (URJC)*

O sensacionalismo que rodeia o C/MGF, como no caso do enfaixamento dos pés na China, parece estar irremediavelmente ligado à construção da alteridade das mulheres do Sul Global. Através da dupla mutilação da sua genitália, tanto real como simbólica, as mulheres africanas tornam-se outros absolutos através da combinação de processos de significados androcêntrico e etnocêntrico: outros relacionados com o género masculino/dominante e com a cultura Ocidental dominante. Uma abordagem feminista intercultural deveria quebrar o encapsulamento do C/MGF e ligá-lo com outras discriminações das mulheres, incluindo a violação dos seus direitos económicos e sociais dentro das dinâmicas mais amplas de desigualdade Norte-Sul (Guerra Palermo 2008). Deve desconstruir e desafiar, de forma crítica, significados e valor subjacentes às práticas nefastas que são impostas às meninas desde a primeira infância e que as pretendem encaixar em papéis de género, para que respeitem as normas de género, salientando o aspeto transcultural das estratégias de dominação masculina.

Um exemplo prático disto pode ser encontrado nas ligações entre o C/MGF e o casamento precoce: ambas as práticas tradicionais nefastas impostas



A.A.





a raparigas estão frequentemente ligadas e partilham as mesmas causas de raiz e motivações sociais (World Vision 2014). Garantem a virgindade das esposas e aumentam as possibilidades de as mulheres casarem, o que pode contribuir para a sua simples sobrevivência em sociedades onde não têm autonomia socioeconómica ou alternativas. As dinâmicas entre ambas as práticas explicam como programas que apenas se direcionam para o abandono do C/MGF podem, adversamente, afetar o casamento precoce. A proibição legal do C/MGF pode aumentar a idade das raparigas que são sujeitas à prática e tem o efeito colateral de reduzir a idade do casamento devido à ação dos pais desafiadores que tentam levar as suas filhas ao país de origem para simultaneamente serem cortadas e casarem. Também salienta a necessidade de debates críticos inter e intra-culturais acerca do conceito androcêntrico de virgindade, o qual tem a capacidade de converter as mulheres –e apenas as mulheres– em pessoas decentes ou indecentes, puras e impuras, valiosas ou sem valor.

### 2.3. Diferenças e semelhanças entre circuncisão masculina e C/MGF

*Gily Coene (VUB)*

Cerca de um terço dos homens em todo o mundo é circuncidado (Wilcken, Keil e Dick 2010) e nos EUA, foi estimado que mais de um milhão de recém-nascidos rapazes são circuncidados todos os anos (Zoske 1998). Os homens são circuncidados essencialmente por razões religiosas e culturais, como um ritual de iniciação para a masculinidade. Em algumas comunidades, a circuncisão funciona como um rito de passagem da

infância para a idade adulta para ambos os sexos. Apesar de a circuncisão masculina e o C/MGF serem considerados práticas totalmente diferentes, ambos têm semelhanças.

Em oposição ao C/MGF, que foi sujeito a escrutínio e a um criticismo rigoroso, a circuncisão masculina é largamente aceite. As repercussões da circuncisão masculina para a saúde são usualmente minimizadas, apesar dos danos causados pela circuncisão feminina serem mais frequentemente maximizados. Contudo, a circuncisão masculina –especialmente quando é realizada fora de unidades de saúde– frequentemente conduz a complicações sérias, dor aguda, e até mesmo à perda do pénis ou à morte (Wilcken, Keil e Dick 2010). A diferença de atitudes face ao corte genital masculino e feminino não pode ser apenas explicada pelos diferentes efeitos de ambas as práticas, especialmente se se considerar os tipos diferentes e menos intrusivos de C/MGF. De acordo com Kirsten Bell (2005), a dificuldade alargada de concetualizar a circuncisão masculina como algo para além do benefício deriva de premissas acriticas sobre a natureza dos corpos masculino e feminino e sobre a sexualidade.

A circuncisão médica (remoção cirúrgica da pele que cobre a ponta do pénis) também foi recomendada pela OMS como uma estratégia de prevenção do VIH (Westercamp e Bailey 2007). Porém, académicos e ativistas anti-circuncisão demonstraram que este não é necessariamente o caso, e apontaram alguns pontos controversos. De uma perspetiva médica, o procedimento não é necessário e, no caso da circuncisão neonatal, viola os direitos dos indivíduos que são demasiado jovens para consentir



A.A.





(Sardi 2016). A este respeito, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa declarou que a circuncisão masculina constitui uma 'violação da integridade física das crianças' (Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa 2013).

## 2.4. Cirurgia cosmética genital na Europa

*Michela Fusaschi (Universidade Roma3)*

Recentemente verificou-se um aumento alarmante do número de mulheres que recorreram a cirurgia cosmética nos seus genitais por razões não-médicas nos países Ocidentais. A cirurgia cosmética genital feminina (CCGF)<sup>30</sup> inclui operações cirúrgicas publicitadas como 'rejuvenescedoras' e 'proporcionalizadoras', com a suposta finalidade de tornar os genitais mais atrativos. Estas ações variam desde labioplastias a reduções dos lábios interiores, a 'reposicionamentos' do clitóris ou lifting, lipoaspiração do monte de Vénus (tecido adiposo que cobre o osso púbico), vaginoplastia ou estreitamento vaginal, himenoplastia ou reconstrução do hímen para 'restaurar' a virgindade feminina (Johnsdotter e Essén 2010).

Este setor da intimidade, ao qual as mulheres recorrem porque as inadequações visuais que percecionam lhes geram desconforto, é apresentado como um apoio que é acessível e alcançável (de facto os pagamentos em prestações destas cirurgias têm aumentado) para resolver 'problemas' estéticos, mas também para aumentar a satisfação sexual, a qual, por sua vez, está relacionada com uma mudança geral no imaginário

de uma feminilidade que foi sexualmente 'potenciada'. Para legitimar a CCGF, os seus promotores construíram uma imagem da mulher que ganha controlo sobre si própria e sobre o seu corpo através de uma 'reformulação íntima', retratada como um processo de 'auto-consciência', em contraste com a dialética tradicional feminista que a denuncia como a enésima manifestação de um longo braço patriarcal.

Sem indicações terapêuticas, sem ser as estabelecidas pelo próprio utente, a CCGF envolve as mesmas partes do corpo e funcionalidades que, apesar dos diferentes meios e modalidades, são objeto do C/MGF. A diferença reside nos procedimentos utilizados (alta tecnologia versus rituais) (Fusaschi 2011, 2013) e nas imagens que rodeiam ambos os fenómenos. A CCGF transmite 'imagens corporais' e novas protagonistas sob uma escolha camuflada e frequentemente confusa. Realmente, acaba por promover novos padrões culturais de consumo (apresentados como uma forma de emancipação) e não apenas diretamente relacionados com o domínio masculino (Braun 2009), para o qual, do nosso ponto de vista, é necessária supervisão, uma vez que os dados demonstram que algumas destas operações são realizadas em raparigas menores, com o consentimento explícito das suas mães.

A relevância judicial no fenómeno tradicional, para o qual existe ação penal (em oposição a operações não-terapêuticas semelhantes à CCGF), também contribui para construir duas imagens diferentes das mulheres e das suas feminilidades. Enquanto no C/MGF se acredita que as mulheres são vítimas da cultura, na CCGF elas são as protagonistas absolutas da cultura, ou antes



A.A.





da 'nossa' civilização – o último e mais desejado estágio, que evoluiu para uma visão de progresso anacrónica mas, infelizmente, presente. O 'corpo da vítima' é sempre identificado com 'os outros', e o 'corpo libertado' é sempre 'nosso'. Como um primeiro, e não-etnocêntrico, passo, poderíamos também trazer para a discussão alguns dos nossos 'pontos de ancoragem' em relação às mulheres que frequentemente se vêem aprisionadas na dicotomia entre o direito a mudar o seu corpo em oposição ao dever de não o prejudicar.

## 2.5. Interseccionalidade e estigmatização das sobreviventes de C/MGF na União Europeia

*Gily Coene (VUB)*

Interseccionalidade é um conceito assente na teoria feminista negra que foi introduzido por Kimberlé Crenshaw (1991) para explicar como o racismo e o sexismo influenciam simultaneamente as vidas das mulheres negras nos EUA. As abordagens interseccionais oferecem um entendimento mais abrangente acerca das experiências de discriminação e exclusão a que estão sujeitas as mulheres pertencentes a minorias. Os indivíduos são sempre posicionados na sociedade numa série de eixos de diferença, tais como género, etnicidade, classe e sexualidade. Em relação às mulheres migrantes, diferentes tipos de discriminação interagem e definem as suas experiências e oportunidades. A este respeito, as mulheres migrantes podem simultaneamente sofrer de opressão de género, dentro da sua comunidade minoritária, e de opressão de classe e/ou discriminação étnica, dentro da sociedade dominante (Anthias 2014).

Recentemente, práticas como o C/MGF estiveram no centro de debates políticos e populares sobre o multiculturalismo na Europa (Coene e Longman 2005). Ao referir práticas como o C/MGF, os homens migrantes são estereotipados como retrógrados, violentos e patriarcais. Do mesmo modo, as mulheres migrantes tornam-se estereotipadas como vítimas sem voz, que precisam ser salvas das suas comunidades e das tradições inerentemente opressivas (Longman e Bradley 2015). Isto levou à criação de estratégias impostas 'de cima para baixo,' que acabaram por se revelar ineficazes para lidar com o C/MGF devido à falta de sensibilidade para lidar com os sentimentos das mulheres, as suas perspetivas e possibilidades de mudança dentro das suas comunidades (Phillips e Saharso 2008).

## 3. Envolvimento, vozes e empowerment feminino

### 3.1. O estatuto das mulheres excisadoras

*Michela Fusaschi (Universidade Roma3)*

A pessoa que 'corta' é um/a 'iniciador/a', um/a operador/a do ritual que 'transforma' o corpo físico num corpo simbólico. Em geral, ele/ela executa o 'corte' e organiza as celebrações da maturidade que se seguem.

Se olharmos para os/as operadores/as rituais na modificação genital feminina ao longo de várias sociedades, descobrimos que são quase sempre mulheres, com diferentes proveniências culturais e económicas,



A.A.





dependendo da área em que operam (rural ou urbana). São frequentemente mulheres idosas, amplamente responsáveis pela continuidade de práticas nos corpos e na saúde das mulheres e das crianças (exemplo do trabalho de parto). O seu conhecimento é transmitido ao longo do tempo, geralmente de mãe para filha. Nas últimas décadas, a proibição legal e a perseguição penal dos praticantes esvaziaram as cerimónias e criou cenários de operação secretos, e as características sociais das operadoras também mudaram (Gosselin 2000).

Devido a projetos de cooperação que posicionaram o C/MGF como uma questão de saúde, a prática tem sido progressivamente medicalizada em vários contextos geográficos, não apenas em África, mas também na Indonésia (Shell-Duncan, Obungu e Muruli 2000; Cavatorta 2015, 32). É importante destacar que, mesmo se –especialmente nas áreas urbanas– as praticantes são pessoas com pelo menos algum conhecimento biomédico de base e por vezes com um salário (embora insuficiente para sobreviver), neste padrão ritualístico ‘modernizado’ a dimensão económica é muito importante. Em contextos geográficos de empobrecimento estrutural, como o Corno de África, a excisadora tem de ser paga, embora tenha uma base de subsistência muito pobre e os programas de intervenção focados em ‘reformular’ as praticantes (por exemplo através de projetos de microcrédito) frequentemente falharam em garantir-lhes uma alternativa de trabalho sustentável (Fusaschi 2003, 147; Diop e Askew 2007).

### 3.2. As vozes de feministas do Sul na prevenção do C/MGF

*Gily Coene (VUB)*

Ativistas do Sul Global têm trabalhado de sde há muito tempo para prevenir o C/MGF. Desde que a ONU organizou conferências mundiais durante a sua Década para as Mulheres (1975-1985), o C/MGF tem sido um tema de solidariedade global, mas também de desacordos entre feministas Ocidentais e as do hemisfério Sul. Chandra Mohanty, no seu ensaio clássico e influente ‘Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses’<sup>31</sup> (Mohanty 1991), critica vários textos feministas Ocidentais por retratarem uma imagem ‘universalista etnocêntrica’ e ‘colonial’ da ‘mulher comum do terceiro mundo’. De igual modo Wairimu Ngaruiya Njambi (2004) defende que o discurso anti-C/MGF não só replica as presunções coloniais ‘civilizadoras’, como também homogeniza práticas muito diversas, constrói dicotomias entre corpos femininos mutilados e não-mutilados, e representa as mulheres envolvidas sem um sentido de agência.

A teoria feminista transcultural e pós-colonial tornou-se então altamente crítica do discurso da vitimização, no qual a mulher oprimida do Sul Global é construída como reflexo da mulher Ocidental autêntica, supostamente livre de qualquer cultura ou tradição, ou capaz de se emancipar delas (Harcourt 2009; Moghadam 2005; Mohanty 1991, 2003; Gruenbaum 2000). Quando defendem uma prática como o C/MGF, as vozes das mulheres no Sul são afastadas como sendo o resultado de uma falsa consciência e de



A.A.





uma internalização de normas culturais estáticas e opressivas (Khamasi 2015). Mas quando criticam a prática, as mulheres são celebradas como indivíduos livres dentro de uma população retrógrada.

Ativistas enraizados no Sul são frequentemente apanhados entre os discursos anti-MGF Ocidentais, que a enquadram como uma prática tradicional nefasta, e as elites de poder local e os movimentos nacionalistas, os quais enfatizam a sua importância como uma tradição cultural (Narayan 1997). Desta forma, estes/as ativistas frequentemente salientam uma abordagem mais pragmática e dialógica, em particular a necessidade de compreender a complexidade do C/MGF e os seus múltiplos significados e funções dentro de uma comunidade (Hernlund e Shell-Duncan 2007; Khamasi 2015).

### 3.3. Porquê e como envolver os homens na neutralização do C/MGF

*Gily Coene (VUB)*

A mutilação genital feminina não pode ser considerada exclusivamente um assunto de mulheres (GAMS 2016). Os homens –enquanto pais, maridos, líderes comunitários e religiosos– desempenham um importante papel de contrariar o C/MGF (Al-Khulaidi et al. 2013). Contudo, a pesquisa revela que os homens não só estão mal informados acerca da prática, como também têm frequentemente uma atitude ambígua em relação a ela. Muitos homens gostavam de abandonar a prática devido às complicações físicas e psicossociais para mulheres e homens que dela resultam (Varol et

al. 2015), tendo em conta que alguns estudos salientaram complicações masculinas resultantes do C/MGF, tais como dificuldades de penetração, feridas/infeções no pénis, e problemas psicológicos (Almroth et al. 2001).

A maioria dos homens está a par das complicações femininas resultantes do C/MGF. Contudo, as regras sociais e os papéis de género dificultam a discussão destes assuntos e, conseqüentemente, entram a mudança. Os homens que apoiam o abandono da prática são influenciados pelas noções de obrigação social, religião, educação, etnicidade, vivência urbana, migração, e um entendimento das consequências negativas do C/MGF. O projeto Men Speak Out, co-financiado pelo programa DAPHNE da União Europeia, pretende comprometer os homens no abandono do C/MGF através da formação de educadores de pares.

### 3.4. C/MGF e a perspetiva do empowerment

*Sonia Nuñez Puente e Magaly Thill (URJC)*

O assunto central na definição de empowerment é a forma pela qual ele deve ser entendido como um símbolo do modo da possibilidade, que lida ao mesmo tempo com a sua tensão com o modo da necessidade (Claramonte 2016). O modo da possibilidade refere-se às reais possibilidades que a agência significa para o sujeito, sem contar com as razões e objetivos das mesmas possibilidades que são expressas pelo conceito de agência (Hartmann 2015).



A.A.





A pós-modernidade permite a discussão da noção da própria possibilidade, mas não do(s) processo(s) de criação de significado, ficando aquém quando se trata de apontar as razões pelas quais nós, enquanto sujeitos pós-modernos, fazemos as coisas que fazemos. O modo da necessidade explica o que torna um certo repertório coerente. A tensão construída entre ambos os modos constitui e, ao mesmo tempo, alarga, o próprio conceito de empowerment. Porém, o empowerment é inútil em si próprio se não contribuir para os repertórios ou para os modos estáveis de agência dos quais o sujeito é capaz de fazer uso. Isto é essencial no caso do C/MGF porque se exigirmos uma perspectiva de empowerment, não podemos fazê-lo sem lidar primeiro com as possibilidades inerentes que a categoria de 'repertorialidade' oferece como fonte de autonomia para as vítimas ou para as sobreviventes.

Desenvolvida por Paulo Freire e adotada com entusiasmo sonante por académicos/as feministas, a perspectiva de empowerment é especialmente importante quando se trata de mulheres do Sul Global que lidam com a sua dupla condição de indivíduos femininos em sociedades patriarcais e de sujeitos coloniais sob o imperialismo cultural Ocidental. A relutância de algumas mulheres africanas perante os esforços internacionais para acabar com o C/MGF não é contra o desejável objetivo de findar a prática mas sim contra as estratégias e métodos utilizados, o processo de desumanização, a infantilização e a objetificação às quais são submetidas, e as formas como os seus corpos são utilizados para representar a 'natureza bárbara' das culturas africanas em oposição à 'civilização' Ocidental (Thiam 1983, 753; Nnaemeka 2005, 30; Tamale 2011, 20).

Neste contexto, baseado no conceito humanístico de poder abrangido pelo feminismo negro como auto-atualização, auto-determinação e auto-definição (Hill Collins 1991, 224), o empowerment das mulheres do Sul Global está intimamente ligado à sua sensibilização, agência e liberdade de acarretar a sua auto-representação como sujeitos coletivos e individuais que são culturalmente contextualizados. Aqui reside uma oportunidade para as feministas africanas transformarem a cultura, favorecendo 'as ligações entre os seus aspetos positivos e a emancipação das mulheres' (Tamale 2007, 164), isto é, por outras palavras, des-patriarcalizar as suas próprias culturas.<sup>32 33</sup>

### Exercícios práticos para serem utilizados na sala de aula

1. Os/as alunos/as são divididos em quatro grupos. Cada grupo irá preparar uma análise comparativa do C/MGF e do hijab (véu islâmico), utilizando as ferramentas conceituais desenvolvidas por uma das seguintes autoras feministas: Nancy Fraser (paridade participatória), Geneviève Fraisse (teoria do consentimento), Gayatri Spivak (subalternidade) ou Patricia Hill Collins (empowerment). Após a apresentação de cada grupo, os/as alunos/as devem defender as suas posições num debate moderado pelo professor.



A.A.





2. Visionamento de dois documentários: um sobre C/MGF praticado no Quênia (The Cut36), e outro sobre cirurgia cosmética genital feminina praticada no Reino Unido (The Perfect Vagina37). Os/as alunos/as irão depois analisar os argumentos utilizados para justificar ambas as práticas, o seu significado e as consequências que têm na saúde, sexualidade e igualdade de género. As seguintes perguntas podem ser utilizadas para encorajar o debate: Ambas as práticas envolvem os mesmos órgãos? As suas consequências são comparáveis? Têm significados diferentes? Que elementos são comuns a ambos os significados? Que recomendações devem ser feitas?

2. Veja o documentário Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM38), produzido pelo Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido. Escolha o testemunho de uma das sobreviventes e utilize uma teoria desenvolvida por um autor citado neste capítulo, para avaliar se os programas de proteção eficaz e de assistência adaptados à experiência da mulher que selecionou.

3. Discuta como a perspectiva da interseccionalidade é útil para o desenvolvimento de políticas sensíveis ao género para reforçar os direitos das raparigas nascidas na Europa às famílias de comunidades que praticam C/MGF.

### Exercícios de avaliação

1. Escolha três testemunhos de sobreviventes de C/MGF (da caixa de texto etnográfico) e analise-os, utilizando as ferramentas conceituais e teóricas introduzidas neste capítulo.

### Recursos

The Cut

The Perfect Vagina

Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM), produït pel sistema nacional de salut



A.A.





# Capítulo VIII

## Comunicação e media



A.A.





# Capítulo VIII

## Comunicação e media

### OBJETIVOS DIDÁTICOS

1. Consciencializar os/as alunos/as de comunicação, como futuros/as profissionais, sobre como o C/MGF é retratado pelos/nos media.
2. Compreender as diferentes dimensões representadas nos diferentes contextos dos media (filmes, notícias, etc.).
3. Sensibilizar os/as alunos/as, enquanto futuros/as profissionais, para os silêncios e tabus em relação à cobertura mediática do C/MGF.
4. Consciencializar acerca da dimensão ética da representação de práticas culturais nos media.
5. Evitar a estigmatização e a vitimização de grupos particulares através de narrativas pré-fabricadas.

### RESUMO

1. Uma abordagem à comunicação (Lidia Fernández Montes, URJC)
2. Mediação: os media como agentes de socialização, de construção de identidade e mediadores de experiências (Lidia Fernández Montes, URJC)
3. Como o C/MGF é tratado nos media: histórias hegemónicas, perspetivas, enquadramentos de significado e imagens dominantes face ao C/MGF (Ricardo Falcão, CEI-IUL)
4. A cartografia das vozes, atores, cenários e enredos (Diana Fernández Romero e Sonia Núñez Puente, URJC)
5. Figurativização: a representação da vítima (Diana Fernández Romero e Sonia Núñez Puente, URJC)
6. Narrativas culturais massificadas: C/MGF, cinema e publicidade (Diana Fernández Romero e Magaly Thill, URJC)
7. O estigma: tabus, invisibilidades e silêncio face ao C/MGF (Sonia Núñez Puente, URJC)
8. Deslocação de representações convencionais (Sonia Núñez Puente, URJC)
9. Abordando o C/MGF a partir de uma perspetiva de género e a defesa dos direitos humanos (Diana Fernández Romero e Sonia Núñez Puente, URJC)
10. A dimensão ética (Lidia Fernández Montes, URJC)



A.A.





*'A mudança pode acontecer através da atenção sustentável dos media às graves consequências da MGF para a saúde pública, bem como à violação dos direitos de dezenas de milhares de mulheres e raparigas em todo o mundo.'*

*Ban Ki-moon, Secretário-Geral das Nações Unidas*

## 1. Uma abordagem à comunicação

*Lidia Fernández Montes (URJC)*

Este capítulo setorial pretende ser uma ferramenta para ajudar os/as estudantes de comunicação a melhorar a cobertura mediática das consequências da prática do corte/mutilação genital feminina (C/MGF) para mulheres e raparigas, suas famílias e comunidades.

Os media podem, e devem, desempenhar um papel fundamental no aumento da consciencialização sobre, e ao comprometerem-se com, a abolição do C/MGF. Iremos, assim, focar-nos numa abordagem não-diretiva, baseada no diálogo e no debate, e criando um espaço de aprendizagem e

mudança de atitude como forma de contribuir para a proteção dos direitos e do bem-estar das mulheres e das raparigas.

Consciencializar envolve o conhecimento e uma profunda compreensão da prática do C/MGF e da sua contextualização. Assim, trabalhar em rede com os diferentes interessados é essencial para desenvolver o nosso conhecimento enquanto comunicadores.

## 2. Mediação: os media como agentes de socialização, de construção de identidade e mediadores de experiências

*Lidia Fernández Montes (URJC)*

Atualmente ninguém questiona a hegemonia da cultura dos meios de comunicação de massas e, deste modo, neste Guia, é fundamental lidar com a forma como esta hegemonia constrói a nossa realidade.

Os media têm uma influência crescente como 'instrutores culturais', uma vez que, em larga medida, determinam as nossas ideias, hábitos e costumes: sugerem, propõem e atribuem modelos, valores e ideais que podem eles próprios impor-se com uma grande força ou persuasão, quando apresentados num contexto dramático ou emocional que contribui para inibir o julgamento crítico (Rocher 1972).



A.A.





Enquanto instituição com um alto nível de credibilidade, os media geram ideias e pensamentos que são fortemente inscritos na consciência pública, constituindo um conhecimento que é reafirmado no tecido cultural da sociedade (Thompson 1998).

Os media não fornecem apenas informação: também oferecem uma construção selectiva do conhecimento da sociedade, apontando o que é importante e o que não é. Como afirma Margarita Rivière (2003), 'Os media, na minha opinião, já não informam ou, se o fazem, é um objetivo secundário. Os media, apesar de recusarem reconhecê-lo porque provavelmente não têm tempo para pensar nisso, educam. Esta é a missão dos media: a educação permanente das pessoas através da criação de preferências, valores, hábitos culturais, mitos e anti-mitos, e costumes.'

Contudo, não podemos esquecer que, em alguns casos, os media podem cair na tentação do jornalismo sensacionalista, frequentemente associando o C/MGF a opiniões negativas sobre imigração e religião, e escondendo a realidade desta prática nefasta. É por isso que é tão importante um bom enquadramento dos media.

### 3. Como o C/MGF é tratado nos media: histórias hegemónicas, perspectivas, enquadramentos de significado e imagens dominantes face ao C/MGF

*Ricardo Falcão (CEI-IUL)*

Enquanto tema mediático, o C/MGF despoleta fortes reações emocionais na sua receção. Devemos olhar mais de perto para as dimensões da prática que são normalmente representadas nos/pelos media, e quais as dimensões que são excluídas ou menos visíveis do que outras. O C/MGF é visto como fenómeno transversal que é, ou há algumas dimensões mais salientadas do que outras?

Em primeiro lugar, devemos decidir a extensão daquilo que consideramos como 'a produção mediática' em torno do tema do C/MGF. Como este é o modulo de Comunicação, é do nosso interesse manter uma abordagem alargada, considerando como exemplos quer artigos de jornal, quer documentários. Eles transmitem diferentes dimensões do C/MGF mas são ambos instrumentos comunicativos poderosos, facilmente partilhados na atualidade. Um é, preferencialmente, informativo, e outro, devido à sua dimensão temporal, é também experiencial. Estas diferentes dimensões também determinam as histórias, tal como fazem as instituições que as comunicam, sejam artigos de jornal generalistas, documentários etnográficos ou vídeo-documentários institucionais, quer sejam gráficos ou assentem nas narrativas na primeira ou na terceira pessoa.



A.A.





De uma forma geral, devemos considerar as diferenças de formato em linha com os públicos visados pelas instituições que produzem conteúdo.

Vejamos os jornais El País (Espanha), Jornal Público (Portugal) e Corriere della Sera (Itália) como exemplos de diferentes países europeus. Estes jornais informam os leitores sobre a prática do C/MGF, essencialmente ao ligar as notícias que publicam sobre o assunto a acontecimentos específicos (como casos nos respetivos países, mortes causadas pelo C/MGF, condenações baseadas na prática), ao mesmo tempo que dão um destaque proeminente à agenda contra o C/MGF, informando os leitores sobre as estatísticas oficiais quando estas são publicadas, tanto localmente como internacionalmente (coincidindo com campanhas de longo alcance), e anúncios públicos a nível político, e nacionalmente, quando estudos específicos e programas nacionais são anunciados.

Verifica-se uma atenção específica às raparigas e mulheres em risco, mas também a 'casos referenciados', se tomarmos o exemplo das notícias publicadas há alguns anos atrás no Jornal Público (Portugal). Esta atenção apenas permite que sejam ouvidos alguns relatos pessoais através das vozes das mulheres, que frequentemente descrevem o horror do momento em que sofreram C/MGF, os sons do corte, o terem sido agarradas, a dor, a pressão social, o trauma revisitado ao longo das suas vidas, ou mesmo as consequências negativas para a saúde. Estas dimensões experienciais contribuem para criar uma imagem de fundo contra a qual o discurso normativo anti-C/MGF é legitimado, criando um enquadramento em que comunicar sobre a prática é concomitante com o estabelecimento de agendas.

Por outro lado, nos jornais, parece haver uma visível escassez quanto à perspetiva da dimensão etnológica do C/MGF, isto é, os significados locais atribuídos à prática. As contradições associadas à representação do C/MGF como uma questão de direitos humanos também estão sub-representadas. Isto também tem impacto na visibilidade dos múltiplos desafios nos campos de ação contra o C/MGF. São muito mais comuns a abordagem institucional ao C/MGF, as estatísticas e os debates sobre direitos humanos.

Pelo contrário, e preferencialmente, os documentários focam-se nas dimensões que estão ausentes das comuns histórias de horror de C/MGF e os seus elementos, como os "passos para eliminar a barbárie". Nos documentários, somos frequentemente levados diretamente para o terreno, seja em comunidades (maioritariamente em África) ou através do trabalho de ONG e organizações governamentais no setor da saúde. As vozes das mulheres são ouvidas, e as suas histórias tentam explicar as implicações locais, personificando muitas vezes a recusa à submissão a uma tradição prejudicial através da perspetiva das raparigas em risco.

Uma visão geral também nos dirá que a representação do C/MGF transmite um sentido muito pungente do horror corporal baseado no género e da subjugação das mulheres à cultura, mas também as suas exigências para se libertarem destes aspetos. Num sentido mais amplo, porém, é assinalável notar a quantidade de comunicação focada na prática através de um conjunto de lentes bem definidas que dividem o tema entre o 'Sul tradicional' e as 'consequências para a saúde no Norte', protegendo os direitos das mulheres e das crianças.



A.A.





A resistência à mudança é confrontada com a resistência a uma tradição prejudicial, criando histórias poderosas sobre indivíduos que confrontam a sociedade e sobre as muitas pressões exercidas sobre eles. A identidade de comunidades específicas é então frequentemente questionada numa abordagem mediática generalizada, e a narrativa é frequentemente vocalizada por indivíduos que recusam submeter-se à prática ou fazer campanha contra ela.

A imagem criada pelos/nos media contribui para a retórica contra o C/MGF, focando-se na prática, quando ela existe, e em como produz vítimas e perpetradores, embora, infelizmente, raramente se contextualizem as implicações mais profundas e a resistência menos direta.

Finalmente, a imagem utilizada pelos/nos media raramente é gráfica, uma vez que é largamente assumido que as cerimónias associadas ao C/MGF podem chocar e causar rejeição violenta e/ou fortes respostas emocionais pela parte dos/das espetadores/as. Pelo contrário, a dimensão do som, frequentemente subvalorizada no cinema, normalmente transmite um forte significado através dos gritos, da respiração ofegante, do choro e do silêncio final.

#### 4. A cartografia das vozes, atores, cenários e enredos

*Diana Fernández Romero e Sonia Núñez Puente (URJC)*

É fundamental que identifiquemos os atores e as vozes que articulam os enredos do C/MGF se o nosso objectivo é lutar pela mudança da narrativa dos media e para ativar uma transformação das respostas políticas e sociais ao C/MGF.

Um ator social pode ser definido numa relação entre a interação comunicativa e um cenário narrativo específico. Mesmo que um ator social seja colectivo ou individual, a sua característica essencial é a posição específica que ele ou ela tem no cenário narrativo e, assim, o seu interesse (dele ou dela) específico neste cenário (Carballeda 2008; Jensen 1997).

A cartografia dos atores sociais que intervêm na construção de uma narrativa particular dos media sobre C/MGF permite-nos estabelecer qual a influência que estes têm no eixo discursivo, determinando os interesses e influências dos atores e das vozes relacionadas com o C/MGF. Isto permite a transformação do cenário da narrativa nos media e, em última análise, facilita uma abordagem modificada às invisibilidades e silêncios das vítimas de C/MGF, as quais não podem estabelecer os seus próprios cenários narrativos.



A.A.





## 5. Figurativização: a representação da vítima

*Diana Fernández Romero e Sonia Núñez Puente (URJC)*

A representação geral das mulheres que sofreram C/MGF tem implicações profundas na imagem pública das vítimas desta prática. A figurativização hegemónica da vítima, que normalmente segue a lógica mediática da espetacularização (uma jovem rapariga ou mulher negra, com panos africanos, com a sua cara suficientemente escondida), implica o delinear de uma sensibilidade comum e de uma posição ética sobre a vítima, acordada pelas entidades públicas, a qual é apresentada para estas representações. Em muitos casos, a vítima de C/MGF é caracterizada nas histórias como o 'outro', o subordinado, nomeado e construído num discurso que inspira a compaixão e, ao mesmo tempo, nos distancia da mulher mutilada/cortada.

A representação da subordinação pode ser uma fonte de distanciamento e de estigma para as vítimas, em relação às quais existe empatia mas, ao mesmo tempo, de quem nós próprios nos distanciamos. Contudo, estas representações podem também fazer com que as mulheres resistam e quebrem com esta subordinação, e apelando ao público através da promoção de práticas e emoções alternativas em relação ao problema. Como argumenta Judith Butler (1997) um indivíduo salientado numa narrativa com termos prejudiciais pode adotar esses mesmos termos, uma vez que estes constituem o sujeito social, mas também porque o indivíduo incorporou os termos aos quais ele ou ela poderia resistir ou opôr-se.

Na representação de mulheres que sofreram C/MGF, a etnicidade, a raça, o género, a religião e a idade interagem enquanto variáveis que são incarnadas nos corpos das vítimas no processo de encorporação (Romero Bachiller e García Dauder 2003), ou seja, a cristalização, ou a fixação, das marcas de exclusão e inclusão nos repertórios figurativos e emocionais inscritos nos corpos dos sujeitos (Sáiz Echezarreta 2008).

## 6. Narrativas culturais massificadas: C/MGF, cinema e publicidade

*Diana Fernández Romero e Magaly Thill (URJC)*

O tratamento cinematográfico do C/MGF oferece exemplos interessantes de como é possível, dentro das narrativas culturais massificadas, condenar e sensibilizar sobre esta prática que viola os direitos das mulheres. Talvez o mais conhecido, e recente, filme documental seja *Desert Flower*<sup>35</sup> (Sherry Hormann; Reino Unido, 2009), que conta a história real de Waris Dirie, uma modelo somali, escritora e ativista, filha de nómadas africanos que foi mutilada/cortada genitalmente aos três anos de idade. Existe um momento particularmente pungente no filme, que é quando a personagem principal explica nas Nações Unidas (onde, na altura, foi embaixadora especial contra o C/MGF) que as suas duas irmãs morreram da prática, a qual não se verifica apenas em África mas também noutras partes do mundo devido à migração.

Outro exemplo cinematográfico da luta das mulheres africanas contra o C/MGF



A.A.





é retratado no filme de ficção *Moolaadé* (Ousmane Sembène; França, Senegal, Burkina Faso e Camarões, 2004). A personagem principal, Collé Ardo, é uma mulher africana que sofreu mutilação/corte, que recusa que a sua filha passe pelo mesmo que ela sofreu, e abriga outras raparigas que fugiram da ablação. Ela pratica então o moolaadé, ou o direito de asilo, em oposição ao salindé, ou ritual de 'purificação'. Ardo provoca uma crise na sua aldeia no Burkina Faso e desencadeia a rebelião de outras mulheres que recusam deixar a suas filhas serem mutiladas/cortadas.

Um exemplo de um filme não-africano é o documentário *Making Pure Girls*<sup>36</sup>, feito por Nabaz Ahmed e Shara Amin, duas realizadoras curdas que entrevistaram raparigas, mulheres e homens, ao longo de uma década, em muitos lugares do Curdistão Iraquiano sobre o impacto do C/MGF. Foi adotado por organizações de base para mudar os costumes em relação à prática e acabou por desempenhar um papel determinante na adoção da proibição do C/MGF pelo governo curdo em 2011. Um pequeno vídeo feito pela BBC Arabic e pelo The Guardian explicam esta experiência (BBC 2013).

Na área da documentação audiovisual destinada a prevenir o C/MGF nos países europeus existem documentários de sensibilização feitos a partir dos testemunhos de mulheres migrantes africanas como *Bref* (Christina Pitouli; Espanha, 2013), produzido pelos Médicos do Mundo, ou *Women talking about their personal experiences of female genital mutilation* (FGM)<sup>37</sup>, produzido pelo Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido (National Health Service 2015). Também podemos encontrar filmes de animação como o filme espanhol *Mariama* (Mabel Lozano; Espanha,

2016), produzido pela Unión de Asociaciones *Familiares*<sup>38</sup>, ou a curta e creativa conversa *Equals? Leyla & Emma*<sup>39</sup>, produzida pela organização britânica *Daughters of Eve*<sup>40</sup> (*Daughters of Eve* 2012).

Adicionalmente, os aspetos antropológicos do C/MGF foram referidos em filmes documentais que tentam sensibilizar para a prática ao nível sociocultural, sendo *Iniciación sin mutilación*<sup>41</sup>, da Fundação Wassu-UAB (Fundación Wassu-UAB 2013), um exemplo deste tipo de filme educacional.

A publicidade é um forte meio de transmitir e partilhar narrativas, imagens, experiências e emoções, e de influenciar comportamentos. É por isso que desempenhou um importante papel em algumas campanhas contra o C/MGF, apesar de poder produzir efeitos colaterais negativos devido à dureza do sensacionalismo utilizado pelas agências de publicidade, e das mensagens estigmatizantes subliminares que podem ser embutidas contra as comunidades migrantes. Um exemplo deste aspeto pode ser encontrado na polémica campanha *'It Happens Here'*<sup>42</sup> (2015), delineada pela Ogilvy & Mather, na qual surgiam bandeiras da Alemanha, do Reino Unido e da Suíça, cosidas umas às outras, como uma metáfora de uma vulva infibulada. Esta campanha, apesar de ter sido premiada no Festival Internacional de Criatividade de Cannes, foi altamente criticada pela rede END FGM nos seguintes termos: 'imagens estigmatizantes podem alienar ainda mais as comunidades afetadas, e precisamos garantir que elas são centrais para acabar com a MGF' (Sanghani 2015).'



A.A.





## 7. O estigma: tabus, invisibilidades e silêncio face ao C/MGF

*Sonia Núñez Puente (URJC)*

A narrativa invisível que silencia as vozes das vítimas de C/MGF é a narrativa dos media, que segue, para além de outros factores, a eficácia comunicativa de apresentar as consequências ao invés de analisar as causas (Vila-San Juan 1999). O estigma que, na maioria dos casos, acompanha o tratamento do C/MGF nos media influencia, precisamente, a narrativa de silêncios provocada pela elaboração sustentada de um tabu, construído em torno da imanência da personagem da vítima, frequentemente associada com as mulheres que sofreram C/MGF.

O silêncio dos media em torno do C/MGF contribui para apoiar um tabu generalizado e retira a opção de ser o recetor a redefinir a narrativa, activando uma estratégia de desvio da mensagem original. Os tabus que articulam as narrativas de C/MGF são ótimos no contexto dos cenários, dos atores e das vozes que constituem a sua própria representação dos media. Para produzir uma mudança nas narrativas de C/MGF devemos, acima de tudo, ter em conta os tabus que são completamente lógicos para o recetor pois, apesar de estes não terem uma função utilitária direta (Barthes 1975), expressam as condições socioculturais nas quais uma narrativa específica se ancora, como é o caso daquelas sobre C/MGF.

## 8. Deslocação de representações convencionais

*Sonia Núñez Puente (URJC)*

As representações convencionais do C/MGF tendem a apresentar a mulher como uma personagem sem capacidade de agir, ou com uma capacidade limitada que não a consegue retirar da narrativa da vitimização. Devemos explorar as avenidas da comunicação que nos afastem da representação convencional das vítimas de C/MGF, estudando, por um lado, os papéis dos diferentes atores envolvidos e, por outro lado, as vozes e cenários nos quais o C/MGF é narrado como um assunto de interesse mediático.

A abordagem epistemológica relativamente à mensagem para a mudança social consegue ultrapassar representações da vítima enquanto elemento passivo, ao introduzir a visão de um sujeito ativo com a capacidade de transformar a violência física e representativa do C/MGF. Para tal, acreditamos que é necessário olhar para as iniciativas de comunicação de resignificação das vítimas, envolvendo-as no debate sobre o lugar do sujeito político na construção da identidade individual e colectiva. A campanha lançada por Jaha Dukureh em associação com o The Guardian é um exemplo de como deslocalizar representações hegemónicas do C/MGF, pois demonstra a transformação representacional de Dukureh de ser exclusivamente considerada uma vítima para ser considerada uma das mulheres mais influenciadoras pela revista Time.



A.A.





## 9. Abordando o C/MGF a partir de uma perspectiva de género e a defesa dos direitos humanos

*Diana Fernández Romero e Sonia Núñez Puente (URJC)*

Informar os outros sobre o C/MGF implica um compromisso e uma finalidade. Abordar o C/MGF a partir de uma perspectiva de género e de defesa dos direitos humanos é fundamental para dismantelar a maioria das narrativas de vitimização e promover o respeito e dignidade das mulheres que sofreram a prática.

Como salienta a jornalista Patricia Simón (2016), o foco dos direitos humanos envolve dedicar uma grande quantidade de tempo à pesquisa, 'captar momentos não-documentados', e dar às vítimas 'o tempo, o espaço e o silêncio que merecem'. Neste sentido, Simón propõe que se evite o cliché da 'vítima ideal', que cabe no estereótipo do sujeito passivo que o público quer. Pelo contrário, os media devem reconhecer a autoridade das sobreviventes e deixá-las falar, enquanto isso for o que elas querem, evitando visões colonialistas e favorecendo o seu empowerment. A abordagem proposta também requer, segundo Simón, que se tome conhecimento dos contextos legais, sociais, económicos e políticos nos quais tem lugar a violação de direitos humanos para ajudar a compreender o fenómeno em todas as suas dimensões.

## 10. A dimensão ética

*Lidia Fernández Montes (URJC)*

Kelly Oliver (2004) avança com o conceito de 'testemunho ético' após observar que as formas hegemónicas nas quais a informação/representação se baseia é uma 'estratégia de reconhecimento acomodado', na qual apenas se pode compreender as coisas que nos são familiares.

Para analisar esta questão, Oliver enfatiza o valor ético e político do espetador, ou seja, não apenas considerar o outro ou o próprio como responsável, mas ter um impacto na responsabilidade perante os outros e si próprio.

Como salientam os Professores Gámez e Nuñez (2013), 'dar o testemunho ético é um primeiro passo, o qual é efetivamente o reconhecimento daquilo que se vê mas, para além disso, a narrativa deve ativar os mecanismos necessários para que o sujeito espetador possa actualizar a sua (dele ou dela) responsabilidade face aquilo que ele ou ela vêem', neste caso, o C/MGF.



A.A.





### Sugestões para análise em aula

1) **Audiovisual:** Ver a lista de filmes e documentários sobre C/MGF e tentar encontrar diferentes abordagens do tema: primeira pessoa versus terceira pessoa; vídeos institucionais versus documentários; e/ou experiências pessoais e centradas na saúde. Discutir as diferentes dimensões temporais e consequências dessas abordagens.

2) **Jornais:** Fazer uma pesquisa nos jornais nacionais e procurar as suas reportagens em relação à criminalização e publicação de estatísticas. Procurar reportagens sobre casos/condenações sobre C/MGF; pedidos de asilo; e/ou países de origem.

3) **Comparação de fontes:** Observar a escassez de pontos de vista etnográficos nos jornais, em oposição à sua relativa abundância em materiais audiovisuais. Discutir as suas diferentes implicações.

### Exercícios de avaliação

1. Após ler os conteúdos e referências neste guia, escrever um artigo de jornal sobre o C/MGF na Europa (900 palavras).
2. Comparar entre estes dois vídeos, tendo em conta boas e más práticas:

[\*Ending Female Genital Mutilation in Côte d'Ivoire \(UNICEF\)\*](#)  
[\*African women condemn female genital mutilation \(UNICEF\)\*](#)

Que tipo de imagem das raparigas e das mulheres é passada? As razões culturais por detrás da prática são referidas? Que aspectos da luta contra o C/MGF são mais enfatizados em cada vídeo?



A.A.





A.A.

# Lista de abreviaturas





<b>C/MGF</b>	Corte/Mutilação Genital Feminina	<b>IAC</b>	Comité Inter-Africano para Práticas Tradicionais que afetam a Saúde das Mulheres e Crianças
<b>MAP-FGM</b>	Programa Académico Multissetorial para Prevenir e Combater a Mutilação Genital Feminina	<b>PTN</b>	Práticas Tradicionais Nefastas
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas	<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>VCM</b>	Violência contra as Mulheres	<b>CEDAW</b>	Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
<b>URJC</b>	Universidade Rey Juan Carlos	<b>OHCUNHR / ACNUDH</b>	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
<b>ISCTE-IUL</b>	Instituto Universitário de Lisboa	<b>UNIFEM</b>	Antiga Agência das Nações Unidas, atualmente UNWOMEN
<b>VUB</b>	Vrij Universiteit de Bruxelas	<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
<b>UAB</b>	Universidade Autónoma de Barcelona	<b>UNFPA / FNUAP</b>	Fundo das Nações Unidas para a População
<b>WHO / OMS</b>	World Health Organization / Organização Mundial de Saúde	<b>UNHCR / ACNUR</b>	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados



A.A.





<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para as Crianças	<b>UNGA</b>	Assembleia Geral das Nações Unidas
<b>DIU</b>	Dispositivo intrauterino	<b>CE</b>	Comissão Europeia
<b>DHS</b>	Inquérito Demográfico e de Saúde	<b>SPT</b>	Stress pós-traumático
<b>MICS</b>	Inquérito de Cluster com Indicadores Múltiplos	<b>CCGF</b>	Cirurgia cosmética genital feminina
<b>EIGE</b>	Instituto Europeu para a Igualdade de Género	<b>MoGF</b>	Modificação Genital Feminina
<b>ICD</b>	Classificação Internacional de Doença	<b>ICCPR</b>	Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos
<b>UE</b>	União Europeia	<b>ICESCR</b>	Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais



A.A.





# Instituições e autores





## 1. INSTITUIÇÕES EXECUTANTES



A URJC é uma universidade pública localizada na região de Madrid, com 38.000 estudantes e 5 campus. O seu foco é garantir soluções interdisciplinares para os problemas da atualidade. O Observatório da Igualdade de Género foi estabelecido em 2015 para promover a igualdade de género na universidade e na sociedade, e para promover a pesquisa e o ensino sobre Estudos de Género, bem como projetos inovadores e networking. Também trabalha para a visibilidade das mulheres nas áreas da academia, da ciência e da investigação. É o parceiro-coordenador do projeto MAP-FGM/C.



O CEI-IUL (Centro de Estudos Internacionais) é um centro de investigação multidisciplinar do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). O seu objetivo é promover a pesquisa interdisciplinar em Ciências Sociais, Economia e Relações Internacionais, com um foco em áreas de especialização geográfica: África, Ásia, Europa e Relações Transatlânticas.



A 'Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute' (Fundação Angelo Celli para uma Cultura da Saúde) foi fundada em Perugia em 1987. O principal objetivo desta Fundação é o estudo do conhecimento, valores, padrões comportamentais e estilos de vida relacionados com a saúde individual e pública. O seu enquadramento teórico e metodológico é a antropologia médica. Desde 2014 que também é reconhecida pelo Ministério da Igualdade de Oportunidades como Centro da Umbria para o Estudo e Prevenção da MGF.



O principal objetivo do RHEA (Centro Especializado em Género, Diversidade e Interseccionalidade) é o de contribuir para a produção de conhecimento sobre género, diversidade e interseccionalidade através da pesquisa científica e interdisciplinar e da educação. A RHEA é um grupo de pesquisa interfaculdades liderado por Gily Coene (diretora) e Karen Celis (co-diretora). O RHEA oferece uma plataforma para investigadores de vários departamentos e faculdades da VUB (Vrij Universiteit de Bruxelas) e também oferece aconselhamento para políticas de igualdade de oportunidades e de diversidade.



A.A.





Estabelecida em 1992, a Universidade Roma3 localiza-se em Roma, Itália. A Universidade tem cerca de 40.000 estudantes, incluindo de licenciatura, pós-graduação e de cursos profissionais. Com os seus 12 departamentos, sete centros de investigação, sete bibliotecas e 12 cursos de Doutoramento, a Universidade dedica-se à excelência das diversas disciplinas no ensino e na investigação nacional e internacional.



A Fundação Wassu-UAB é uma organização científica de âmbito internacional que trabalha para a gestão e prevenção do C/MGF através da investigação antropológica e médica aplicada à transmissão de conhecimento. Hospeda o Observatório Transnacional de Investigação Aplicada a Novas Estratégias para a Prevenção do C/MGF, o qual integra dois centros de pesquisa e formação: em Espanha o Grupo de Pesquisa Interdisciplinar para a Prevenção e Estudo de Práticas Tradicionais Nefastas (IRGPS/HTP), e na Gâmbia a ONG Wassu Gambia Kafo. Criada a partir da vontade de construir um mundo mais igualitário, propõe uma metodologia pioneira, inovadora e sustentável.

## 2. INVESTIGADORES



*Laura Nuño Gómez*

Laura Nuño Gómez é professora titular de Ciências Políticas no Departamento de Direito Constitucional da URJC. É a diretora do Observatório de Igualdade de Género da URJC, da Licenciatura em Igualdade de Género e da disciplina de Estudos de Género no Instituto de Direito Público. Também é membro da Comissão do Doutoramento interuniversitário em Estudos de Género Interdisciplinares, da Direção do Curso em Políticas de Igualdade de Género e do Conselho de Estado para a Participação das Mulheres. É autora de diversos livros e artigos sobre desigualdade de género no trabalho, violência contra as mulheres e mercantilização do corpo feminino. É a investigadora principal do projeto MAP-FGM/C.

*Sonia Núñez Puente*

Sonia Núñez Puente é professora titular de Género e Comunicação no Departamento de Ciências da Comunicação da URJC. Atualmente é diretora da Unidade de Igualdade de Género no Observatório da Igualdade



A.A.





de Género. É também diretora do Mestrado em Comunicação, Cultura e Cidadania Digital. Tem liderado diversos projetos internacionais na área do Género e Comunicação, e publicado artigos em revistas nacionais e internacionais, especialmente acerca da violência baseada no género e do ativismo feminino digital.

### *Julia Roper Carrasco*

Julia Roper Carrasco é professora titular de Direito Penal na URJC. É autora de 3 monografias, de colaborações em publicações coletivas e de publicações em revistas nacionais e internacionais nas suas principais áreas de pesquisa: multiculturalismo e Direito Penal, crime organizado e exploração sexual, harmonização legal internacional e cooperação judicial, o ambiente como bem jurídico, proteção da integridade sexual de crianças e corte/mutilação genital feminina. Participou em diversos projetos de investigação com enfoque na proteção de mulheres e crianças.

### *Magaly Thill*

Magaly Thill é professora honorária da URJC e gestora do projeto MAP-FGM. É mestre em Desenvolvimento Internacional (UCM), Direitos Humanos (UNED) e Estudos de Género Interdisciplinares (URJC). Durante muitos anos trabalhou no sector não-governamental e como especialista em género

para diversas instituições públicas e privadas, incluindo a UNWomen, a Agência de Cooperação Espanhola, Ministérios e Universidades. As suas principais áreas de investigação são a violência baseada no género, políticas europeias para a igualdade de género, direitos das mulheres ao nível internacional, feminismo e ativismo sobre os direitos das mulheres, com especial incidência em países do Médio Oriente.

### *Lidia Fernández Montes*

Lidia Fernández Montes trabalha no Observatório da Igualdade de Género da URJC. É licenciada em Ciência Política e mestre em Gestão da Comunicação em Instituições Públicas e Estudos de Opinião (URJC) e também em Estudos de Género Interdisciplinares (URJC). Têm trabalhado nos últimos quinze anos como diretora de Comunicação numa organização política. Atualmente é estudante de Doutoramento. A sua principal área de pesquisa foca-se na juventude, violência baseada no género e tecnologias de informação e de comunicação.

### *Rut Bermejo Casado*

Rut Bermejo Casado é professora de Política e Administração Pública. É diretora do Doutoramento em Perfil Criminal da URJC. Participou em diversos projetos de pesquisa nacionais e europeus sobre políticas de justiça



A.A.





e assuntos internos, particularmente migração, gestão de fronteiras e luta conta a radicalização violenta. Publicou artigos sobre políticas de migração em Espanha e na Europa e gestão de fronteiras na Europa. Atualmente realiza pesquisa sobre a radicalização em violência, refugiados e gestão de fronteiras a partir da perspectiva das políticas públicas. Anteriormente foi investigadora convidada na Universidade de Nottingham e no El Real Instituto Elcano.



### *Clara Carvalho*

Clara Carvalho é professora do Departamento de Antropologia do ISCTE-IUL e presidente da Grupo África-Europa para os Estudos Interdisciplinares (AEGIS). Anteriormente foi diretora do Centro de Estudos Internacionais, antigo Centro de Estudos Africanos, e foi professora convidada na Université de Lille e na Brown University. Desenvolveu trabalho de campo intensivo na África Ocidental, essencialmente sobre autoridades tradicionais e poder local na Guiné-Bissau entre 1992 e 1997. Atualmente centra a sua pesquisa sobre questões de género e saúde global. Tem também experiência enquanto avaliadora e consultora internacional.

### *Ricardo Falcão*

Ricardo Falcão é investigador do Centro de Estudos Internacionais no ISCTE-IUL. É doutorado em Estudos Africanos (2016) pelo ISCTE-IUL. A sua formação inicial é Antropologia Social e Cultural e desde 2007 que investiga o Senegal. Em 2009 realizou um documentário independente de pesquisa intitulado Waalo Waalo. A sua investigação tem-se desenvolvido em áreas como o desenvolvimento, gestão de recursos, acesso à terra, história social, migração, tecnologias de informação e comunicação, juventude, género, relações intergeracionais, valores sociais e representações, violência baseada no género, violência contra as mulheres, corte/mutilação genital feminina e direitos humanos.

### *Carla Moleiro*

Carla Moleiro é professora auxiliar na Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL. Obteve o seu Doutoramento em Psicologia Clínica pela Universidade da Califórnia em 2003. Tem formação como psicoterapeuta pela APTCC (Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva). Os seus interesses atuais desenvolvem-se em torno do trabalho clínico com utentes de contextos migrantes e com minorias étnicas, religiosas e sexuais (i.e., LGBT). Trabalha sobre Saúde Mental, Diversidade e Multiculturalismo, bem como sobre competências clínicas individuais e de diversidade cultural. É presidente da Associação Portuguesa de



A.A.





Psicologia e Psiquiatria Transcultural, membro da task force da EFPA para a Diversidade Cultural e Étnica, e diretora do centro de investigação CIS-IUL.

### *Cristina Santinho*

Cristina Santinho é antropóloga, doutorada pelo ISCTE-IUL com trabalho sobre refugiados em Portugal. É membro da direção do CRIA (Centro em Rede de Investigação em Antropologia). As suas áreas de especialização desenvolvem-se em torno das migrações, refugiados, saúde e direitos humanos. Participou em projetos nacionais e internacionais nessas áreas como investigadora e coordenadora. Também dá aulas e coordena um curso de especialização em direitos humanos e refugiados, bem como orienta vários alunos de mestrado e doutoramento que trabalham sobre questões de saúde das populações migrantes, refugiados e mulheres refugiadas em Portugal.



### *Maya Pellicciari*

Maya Pellicciari é antropóloga, investigadora sénior e formadora, com um Doutoramento em Metodologias de Pesquisa Etno-Antropológica. A sua área de atividade é a antropologia médica. Membro da Direção da Fondazione Celli, da Direção da SIAM (Sociedade Italiana de Antropologia Médica) e da comissão editorial da AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica (Revista Italiana da SIAM). É também co-coordenadora do Centro da Umbria para o Estudo e Prevenção do C/MGF. As suas áreas de trabalho atuais são o C/MGF, género e práticas corporais, direitos de saúde e migração, relação médico/paciente, políticas de educação e dificuldades de aprendizagem.

### *Sabrina Flamini*

Sabrina Flamini é antropóloga, investigadora sénior e formadora, com um Doutoramento em Promoção da Saúde. A sua área de atividade é a saúde pública e a antropologia médica. Membro da Direção da Fondazione Celli, da SIAM (Sociedade Italiana de Antropologia Médica) e da comissão editorial da Sistema Salute (Revista Italiana de Promoção da Saúde). É



**A.A.**





também co-coordenadora do Centro da Umbria para o Estudo e Prevenção do C/MGF. As suas áreas de trabalho atuais são C/MGF, género e práticas corporais, saúde mental e aspetos políticos, políticas de educação e dificuldades de aprendizagem.



### *Els Leye*

Els Leye tem um mestrado em Estudos de Bem-Estar Social e Cultural, e obteve o seu doutoramento pela Universidade de Ghent em Ciências da Cultura Comparativas em 2008 com o tema da mutilação genital feminina na Europa. É atualmente professora assistente em Saúde Global/Práticas Relacionadas com o Género na Faculdade de Medicina da Universidade de Ghent, e investigadora de pós-doutoramento no Centro para o Género, Diversidade e Interseccionalidade na Universidade Livre de Bruxelas. O foco da sua pesquisa incide principalmente sobre práticas culturais nefastas (corte/mutilação genital feminina, casamentos forçados, violência relacionada com a honra) e violência baseada no género em geral.

### *Gily Coene*

Gily Coene é diretora do RHEA, cofundadora e diretora do programa de Mestrado interfaculdades em Género e Diversidade da VUB. Doutorou-se em 2004 em Ciências Morais na Universidade de Ghent. Desde 2006 que é a diretora de Estudos Humanistas no Departamento de Filosofia e Ciências Morais da VUB. Está também afiliada ao Departamento de Ciências Políticas e com o Centro de Ética e Humanismo da VUB. A sua pesquisa localiza-se principalmente nas interseções da ética descritiva e normativa, teoria feminista e estudos de género e abrange uma grande diversidade de temas relacionados com o género, diversidade cultural, etnicidade, globalização, etc.



### *Michela Fusaschi*

Michela Fusaschi é professora associada de Antropologia Cultural e Política no Departamento de Ciências Políticas da Universidade Roma3 e também no Doutoramento em Estudos de Género. Há duas décadas que investiga as modificações culturais do corpo. Com especial incidência no contexto italiano e



A.A.





européu, tornou-se numa das principais autoras antropológicas sobre práticas de C/MGF, propondo uma abordagem interpretativa baseada nos conceitos de biopolítica e economia moral. Os seus estudos são principalmente sobre o Ruanda, Mali e Itália. Recebeu diversos prémios pelos seus contributos para os estudos antropológicos e de género.

### *Giovanna Cavatorta*

Giovanna Cavatorta possui um Doutoramento em Antropologia Cultural pela EHESS (Paris) e em Ciências Sociais pela Universidade de Padua. Após defender a sua tese sobre o retorno de emigrantes ao Senegal, na qual propôs uma discussão crítica do transnacionalismo, em 2015 iniciou trabalho de campo no Djibouti sobre o abandono das práticas de C/MGF. Membro do Laboratório IRIS (EHESS), atualmente é também investigadora de pós-doutoramento no Departamento de Ciências Políticas na Universidade Roma3. Os seus principais campos de pesquisa são Itália, França, África Ocidental e Djibouti com os temas da migração, governamentalidades e sistemas de sexo/género/geração.

### *Valentine Vitale*

Valentina Vitale é doutorada em Antropologia Cultural e Social pela Universidade Roma3. Após defender a sua tese em 2014 sobre a migração feminina transnacional da Europa de Leste para Itália, em 2015 participou

num mestrado executivo em Gestão de Projetos da UE na Universidade La Sapienza. Membro do Osservatorio sul Razzismo e le Diversità 'M. G. Favara' e especialista no tema na Universidade Roma 3, atualmente é investigadora de pós-doutoramento no Departamento de Ciências Políticas também em Roma3. As suas principais áreas de pesquisa são migração feminina, antropologia do género, modificações genitais femininas e associativismo feminino.

### *Francesco Pompeo*

Francesco Pompeo é professor associado e leciona Antropologia Social e Cultural no Departamento de Ciências da Educação da Universidade Roma3, bem como na sua escola de Doutoramento. É também coordenador do Osservatorio sul Razzismo e le Diversità 'M. G. Favara'. Foi Directeur d'études associé, anthropologie et historicité na École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris) e cofundador da Maestria em Antropologia da Universidade de L'Avana. Há vários anos que trabalha sobre a abordagem da antropologia crítica aos temas da identidade, migração e conflitos sociais, fazendo pesquisa essencialmente em Itália, África Subsaariana e Caraíbas.

### *Cecilia Gallotti*

Cecilia Gallotti é investigadora sénior na unidade de Saúde e Bem-Estar da Fundação ISMU e diretora de psicodrama no Centro Studi di



A.A.





Psicodrama e Metodi Attivi em Milão. Lecionou Antropologia Cultural em diversas universidades e escolas de psicoterapia. Coordenadora de projeto, especialista em competências interculturais e formadora certificada em sistemas de saúde social e de educação pública. Autora de ensaios sobre antropologia da saúde e do gênero, migração e relações interculturais, desde 2007 que trabalha sobre C/MGF através de pesquisa, em diversos projetos nacionais e internacionais, formando profissionais de saúde e de serviço social, escrevendo artigos especializados e criando um website dedicado ao tema.



### *Adriana Kaplan*

Adriana Kaplan é antropóloga médica, professora do Departamento de Antropologia Social e Cultural na UAB, diretora da Fundação Wassu, diretora da disciplina de Transferência de Conhecimento, e investigadora principal no grupo de pesquisa IRGPS/http. Fez pesquisa etnográfica na Gâmbia, Senegal e Guiné-Bissau, principalmente sobre movimentos migratórios e C/MGF. Tem sido colaboradora de pesquisa no Medical Research Council da Gâmbia, consultora do Women's Bureau, e consultora de agências internacionais como a FNUAP, PNUD, UNICEF e UE. Em Espanha colabora

com instituições para planificar e implementar programas para a sensibilização e prevenção do C/MGF aos níveis local, regional e nacional. É membro do Comité de Especialistas da OMS sobre C/MGF.

### *Nora Salas Seoane*

Nora Salas Seoane é psicóloga com um mestrado em antropologia da infância e juventude da Brunel University (Reino Unido). Trabalhou como psicóloga com crianças e famílias desde 2007. Tem desenvolvido investigação sobre juventude e música na Guiné Equatorial e juventude inter-racial e coesão social na Catalunha (Espanha). Atualmente é coordenadora da Fundação Wassu-UAB, gerindo projetos para a prevenção do C/MGF. Também coordena o grupo de investigação IRGPS/HTP no Departamento de Antropologia Social da UAB.

### *Neus Aliaga*

Neus Aliaga é antropóloga social e cultural com mestrado em Educação da UAB. Em 2015 realizou um estágio antropológico na Fundação Wassu-UAB onde adquiriu conhecimento aprofundado sobre C/MGF. No final de 2015 juntou-se à equipa da Wassu como estudante-bolseira e tornou-se membro do grupo de investigação IRGPS/HTP (UAB). Desde 2016 tem estado encarregada de apoiar projetos de pesquisa e assistência ao coordenador da Fundação.



A.A.





# Tabelas, caixas e mapas





## CAPÍTULO I. UMA INTRODUÇÃO AO C/MGF

### Tabela 1

Tipos de C/MGF com base na classificação da OMS (WHO 2016)

### Tabela 2

Riscos associados ao C/MGF

### Tabela 3

Principais documentos regionais e internacionais para combater o C/MGF

### Tabela 4

Direitos humanos protegidos por convenções internacionais e que o C/MGF viola

### Mapa 1

Percentagem de raparigas e mulheres entre 15 e 49 anos submetidas a C/MGF, por país, em África e no Médio Oriente

### Mapa 2

Mapa mundial do C/MGF

### Mapa 3

C/MGF em Espanha

### Mapa 4

C/MGF em Portugal

### Mapa 5

C/MGF na Bélgica

## CAPÍTULO II. UM ENTENDIMENTO APROFUNDADO DO C/MGF

### Tabela 1

Percentagem de raparigas e mulheres entre 15-49 anos submetidas a MGF em África, Indonésia, Iraque e Líbano, e raparigas entre 0-14 anos com MGF (UNICEF 2016)

## CAPÍTULO III. MEDICINA, INFERMERIA I OBSTETRÍCIA

### Dilema

O que é normal? O que é patológico? Qual o papel do/da profissional de saúde em casos semelhantes?



A.A.





### Exercício

Tentar resolver todas as situações possíveis através de role-play ou de discussões em grupo

### O Caso de Liza

Excerto de entrevista (Bagaglia et al. 2014, 60)

Excerto de entrevista (Bagaglia et al. 2014, 59)

### Exercício

Role-play da relação entre o/a profissional de saúde e a paciente com C/MGF

### O Caso de Sarah

O Processo Legal dos Pedidos das Requerentes de Asilo Baseados no C/MGF  
Itália, Espanha, Bélgica e Portugal

### O dever de reportar casos de C/MGF

Itália, Espanha, Bélgica e Portugal

### Um exemplo de intervenção preventiva em Pediatria

### Exercício

Identificar formas possíveis de continuar a intervenção preventiva com esta família

O Caso de Giulia/Excerto de entrevista (Bagaglia et al. 2014, 87-89)

### Dilema

Debates de longo prazo (ético, legal, antropológico e médico)

## CAPÍTULO IV. DRETS HUMANS, DRET PENAL I DRETS D'ASIL

### Caixa 1

Disposições legais nacionais aplicáveis ao C/MGF (Portugal)

### Caixa 2

Exercícios práticos para utilizar na sala de aula

### Caixa 3

Avaliação

## CAPÍTULO V. SERVIÇO SOCIAL, EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Excertos de entrevistas (Gallotti 2009)

### Discutir as diferentes respostas

Falar ou não falar sobre

### Discutir o seguinte dilema

Como posso descobrir os seus verdadeiros pensamentos?

### Sugestões para a análise de casos

Sugestão para a análise de um caso em aula



A.A.





Discutir o seguinte dilema

## CAPÍTULO VI. ANTROPOLOGIA E DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL

### Debate

Conhecer diferenças culturais

### Debate

O estudo da sexualidade em Áfricas

### Debate

Como é entendida a 'violência' em diferentes culturas?

### Debate

Possibilidade de casamento, casamentos inter-étnicos, pressão social e contigência na África Ocidental

### Debate

O significado do C/MGF

### Debate

Anticultura or antiprogreso?

### Exercici

Role-playing

Avaliação

## CAPÍTULO VII. ESTUDOS FEMINISTAS E DE GÉNERO

### Caixa de texto etnográfico

Excertos de entrevistas (Bagaglia et al. 2014)

Exercícios práticos para serem utilizados na sala de aula

Exercícios de avaliação

## CAPÍTULO VIII. COMUNICAÇÃO E MEDIA

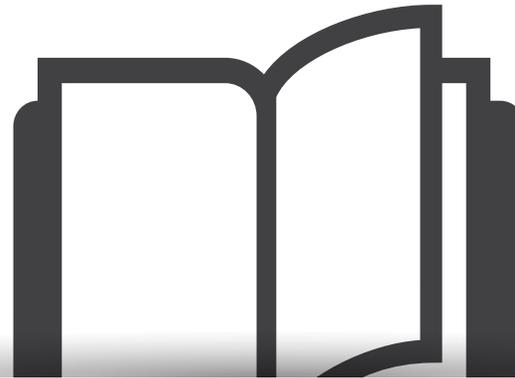
Sugestões para análise em aula

Exercícios de avaliação



A.A.





# Referências bibliográficas





## CAPÍTULO I. UMA INTRODUÇÃO AO C/MGF

Baer, Madeline, e Alison Brysk. 2009. 'New Rights for Private Wrongs: Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues.' Em *The International Struggle for New Human Rights*, editado por Clifford Bob. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Banda, Fareda. 2005. *Women, Law and Women's Rights: An African Perspective*. Oxford: Hart Publishing.

Berg, Rigmor C., Eva Denison, e Atle Fretheim. 2016. 'Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies.' Em *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Genebra: World Health Organization. Originalmente publicado em Kunnskapscenteret 13 (2010).

Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, e Gunn E. Vist. 2016. 'Effects of female genital cutting on physical health outcomes; a systematic review and meta-analysis.' Em *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 5-7. Geneva: World Health Organization Originalmente publicado em British Medical Journal Open 4:11 (2014). Consultado a 28 de Outubro, 2016. doi 10.1136/bmjopen-2014-006316.

Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, e Gunn E. Vist. 2016. 'An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting.' Em *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Genebra: World Health Organization. Originalmente publicado em Obstetrics and Gynecology International (2014). Consultado a 28 de Outubro, 2016. doi:10.1155/2014/542859.

Berkovitch, Nitza, e Karen Bradley. 1999. 'The Globalization of Women's Status: Consensus/Dissensus in the World Polity.' *Sociological Perspectives* 42(3):481-98.

Boddy, Janice. 1998. 'Violence Embodied? Female Circumcision, Gender Politics, and Cultural Aesthetics.' Em *Rethinking Violence Against Women*, editado por Rebecca Emerson Dobash e Russell P. Dobash, 77-110. Thousand Oaks: California Sage.

Boyle, Elizabeth Heger. 2002. 'Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community.' *The Journal of Modern African Studies* 43(3):497-99.

Bunch, Charlotte. 1990. 'Women's Rights as Human Rights: Toward a Revision of Human Rights.' *Human Rights Quarterly* 12(4):486-98.

Engle Merry, Sally. 2006. *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: University of Chicago Press.



A.A.





European Institute for Gender Equality. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Vilnius: Publications Office of the European Union.

Fassin, Didier. 2010. *La raison humanitaire: Une histoire morale du temps présent*. Paris: Éditions du Seuil.

Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.

Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni genitali femminili*. Turim: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2010. 'Victimes à tout jamais: les enfants et les femmes d'Afrique. Humanitarisme spectacle et rhétoriques de la pitié.' *Cahiers d'études africaines* L, (198/200):1033-53.

Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*. Turim: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2013. *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*. Roma: CISU.

Fusaschi, Michela. 2014. 'Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques.' *Synergies Italie* 10:95-107.

Fusaschi, Michela. 2015. 'Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy.' *Cahiers d'études africaines* LV (217):11-28.

Hosken, Fran P. 1976. 'Genital Mutilation of Women in Africa.' *Munger Africana Library Notes No. 36*. Pasadena: California Institute of Technology.

Iavazzo, Christos, Thalia A. Sardi, and Ionnis D. Gkegkes. 2016. 'Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence.' Em *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation, 6*. Geneva: World Health Organization. Originalmente publicado em *Gynecology and Obstetrics* 287:6 (2013). Consultado a 28 de Outubro, 2016. doi: 10.1007/s00404-012-2708-5.

Johnsdotter, Sara, e Birgitta Essén. 2010. 'Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications.' *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.

Johnsdotter, Sara. 2012. 'Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A poor reflection as in a mirror.' *History and Anthropology* 23(1):91-114.

Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, e Noria Liset Puppo. 2015. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals: The Gambia* (2<sup>nd</sup> edition). Espanha: UAB, Bellaterra.



A.A.





Kaplan, Adriana. 2003. 'Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas.' *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* 4:23-30.

Miller, Michael, Francesca Moneti, e Camilla Landini. 2005. *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*. Florença: UNICEF.

Nuño Gómez, Laura. 2013. 'Violencia y deshumanización de las mujeres: la gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos.' Em *Violencia de Género e igualdad, una cuestión de derechos humanos*, editado por Ángela Figueruelo Burrieza et al. Granada: Comares.

Peters, Julie, e Andrea Wolper. 1995. *Women's Rights, Human Rights: International Feminist Perspectives*. Psychology Press.

Pompeo, Francesco. 2013. *Elementi di antropologia critica*. Roma: Meti Edizioni.

Rahman, Anika, e Nahid Toubia. 2001. *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres: Zed Books.

Sayad, Abdelmalek. 1999. *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil.

Shell-Duncan, Bettina. 2008. 'From Health to Human Rights: Female

Genital Cutting and the Politics of Intervention.' *American Anthropologist* 110(2):225-36.

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et GAMS Belgique. 2011. *Mutilations Génitales Féminines: guide à l'usage des professions concernées*. Bruxelles.

Tamale, Sylvia. 2008. 'The Right to Culture and the Culture of Rights: A Critical Perspective on Women's Sexual Rights.' *Feminist Legal Studies* 16:47.

Thomas, Lynn M. 1998. 'Imperial Concerns and "Women's Affairs": State Efforts to Regulate Clitoridectomy and Eradicate Abortion in Meru, Kenya, c. 1910-1950.' *The Journal of African History* 39(1):121-45.

UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Nova York: UNICEF.

Vloeberghs, Erick, Anke van der Kwaak, Jeroen Knipscheer, e Maria van den Muijsenbergh. 2016. 'Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands.' Em *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 7. Genebra: World Health Organization. Originalmente publicado em *Ethnicity and Health* 17:6 (2012). Consultado a 28 de Outubro, 2016. doi: 10.1080/13557858.2013.771148.

Walby, Sylvia. 2011. *The Future of Feminism*. Cambridge: Polity Books.



A.A.





World Health Organization. 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*.

World Health Organization. 2016. *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 1-7. Geneva: World Health Organization. Consultado a 21 de Outubro, 2016.

World Health Organization. n.d. *'Female genital mutilation: Fact sheet.'* Última modificação em Fevereiro 2016.

World Health Organization study group on female genital mutilation and obstetric outcome. 2016. 'Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.' Em *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Geneva: World Health Organization. Originalmente publicado em Lancet 367:9525 (2006). Consultado a 28 de Outubro, 2016. doi:10.1016/S0140-6736(06)68805-3.

## CAPÍTULO II. UM ENTENDIMENTO APROFUNDADO DO C/MGF

Al Hinaj, Habiba. 2014. *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. Consultado a 26 de Outubro, 2016.

Andro, Armelle, e Marie Lesclingand. 2007. 'Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France.' *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Etudes Démographiques* 10: 438.

Belluck, Pam, e Cochrane, Joe. 2016. 'Unicef Report finds Female Genital Cutting to be common in Indonesia.' *New York Times*, 4 de Fevereiro. Consultado a 26 de Outubro, 2016.

Berggren, Vanja, Suad Musa Ahmed, Ylva Hernlund, Eva Johansson, Behzad Habbani, e Anna-Karin Edberg. 2006. 'Being victims or beneficiaries? Perspectives on Female Genital Cutting and Reinfibulation in Sudan.' *African Journal of Reproductive Health* 10(2): 24-36.

Bourdieu, Pierre. 1977. 'Remarques provisoires sur la perception sociale du corps.' *Actes de la recherche en sciences sociales* 1451-54.

Bourdieu, Pierre. 1980 (ed.). 'La croyance et le corps.' *Le sens pratique*. Paris: Éditions de Minuit.

Brown, Katherine, David Beecham, e Hazel Barrett. 2013. 'The Applicability of Behaviour Change in Intervention Programmes Targeted at Ending Female Genital Mutilation in the EU: Integrating Social Cognitive and Community Level Approaches.' *Obstetrics and Gynecology International* 201, 11-28. Consultado a 25 de Outubro, 2016.



A.A.





Butler, Judith. 1993. Bodies that Matter: *On the Discursive Limits of "Sex"*. Nova York: Routledge.

Castañeda Reyes, e José Carlos 2003. *Fronteras del placer, fronteras de la culpa: A propósito de la mutilación femenina en Egipto* (1<sup>st</sup> edition). México: Centro de Estudios de Asia y África, El Colegio de Mexico.

Council of Europe and Amnesty International. 2014. *The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence: A tool to end female genital mutilation*, 1-58. Estrasburgo: Council of Europe and Amnesty International.

Douglas, Mary. 1970. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. Harmondsworth: Penguin.

Dubourg, Dominique, Fabienne Richard, Els Leye, Samuel Ndam, Tien Rommens, e Sophie Maes. 2011. 'Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium.' *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 248-57.

Erlich, Michel. 1991. *Les Mutilations sexuelles*. Paris: PUF.

European Institute for Gender Equality (EIGE). 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, 1-114. Vilnius: Publications Office of the European Union.

European Institute for Gender Equality (EIGE). 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

European Institute for Gender Equality (EIGE). 2015. *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*, 1-109. Vilnius: EIGE.

European Institute for Gender Equality. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, 1-115. Vilnius: Publications Office of the European Union.

Foblets, Marie-Claire. 2006. 'Los delitos culturales: de la repercusión de los conflictos de cultura sobre el comportamiento delincente. Reflexiones sobre la contribución de la antropología del derecho a un debate contemporáneo.' Em *Derecho penal y pluralidad cultural. Anuario de Derecho penal*, coordinado por José Hurtado Pozo, 287-312. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Turim: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e umanitarismo spettacolo*. Turim: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2013. *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologie di genere nella globalizzazione*. Roma: CISU.



A.A.





Fusaschi, Michela. 2014. 'Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques.' *Synergies Italie* 10:95-107.

Fusaschi, Michela. 2015. 'Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy.' *Cahiers d'études africaines* 217.

Gomaa, Ali. 2013. 'The Islamic view on female circumcision.' *African Journal of Urology* 19: 123-26.

Goswami, Priya. 2012. *A Pinch of Skin*. Consultado a 26 de Outubro, 2016.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). 2006. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España*. Consultado a 21 de Outubro, 2016.

Hacker, Karen, Maria Anies, Barbara L. Folb, e Leah Zallman. 2015. 'Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review.' *Risk Management and Healthcare Policy* 8, 175-83.

Herrera Moreno, Myriam. 2002. 'Multiculturalismo y tutela penal: a propósito de la problemática sobre la mutilación genital femenina.' *Lex Nova* 5:49-84.

Istituto Piepoli. 2009. *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia*. Consultado a 25 de Outubro, 2016.

Johansen, R. Elise B., Nafissatou J. Diop, Glenn Laverack, e Els Leye. 2013. 'What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation.' *Obstetrics and Gynecology International*, 1-11. Consultado a 2 de Setembro de 2016. doi:10.1155/2013/348248.

Johnsdotter, S., e Ruth M. Mestre i Mestre. 2015. *Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases*, 1-50. Luxemburgo: European Commission Directorate-General for Justice.

Johnsdotter, Sara, e Birgitta Essén. 2010. 'Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications.' *Reproductive Health Matters* 18 (35):29-37.

Johnsdotter, Sara. 2009. 'Discrimination of Certain Ethnic Groups? Ethical Aspects of Implementing FGM Legislation in Sweden.' *FoU Rapport 3*. Malmö: Malmö University. Consultado a 25 de Outubro, 2016.

Kaplan, Adriana, e Antonio López. 2010. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*. Espanha: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 1. Servei de Publicacions.

Kaplan, Adriana, e Antonio López. 2013. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*. Espanha: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions.



A.A.





Kaplan, Adriana, Babucarr Cham, Lamin Njie, Ana Seixas, Sandra Blanco, e Mireia Utzet. 2013. 'Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men.' *Obstetrics and Gynecology International*. Consultado a 7 de Novembro, 2016. doi:10.1155/2013/643780.

Kaplan, Adriana, Marta Merino, e María Franch. 2002. *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona: IDIL.

Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, e Noria Liset Puppo. 2015. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for health professionals: The Gambia* (2<sup>nd</sup> edition). Espanha: UAB, Bellaterra.

Kaplan, Adriana. 2003. 'Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas.' *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* 4:23-30.

Leye, E., Jessika Deblonde, José García Añón, Sara Johnsdotter, Adwoa Kwateng-Kluyitse, Linda Weil-Curiel, e Marleen Temmerman. 2007. 'An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe.' *Crime, Law and Social Change* 47:1-31.

Leye, Els, e Jessika Deblonde. 2004. 'A comparative analysis of the different legal approaches towards female genital mutilation in the 15 EU Member States, and the respective judicial outcomes in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK.' *ICRH Publications* 8.

Leye, Els, Lut Mergaert, Catharina Arnaut, e Sioban O'Brien Green. 2014. 'Towards a better estimation of prevalence of FGM/C in the EU: interpreting existing evidence in all EU Member States.' *Genus* 70:99-121.

Lisboa, Manuel (coord.), Dalila Cerejo, Ana Lúcia Teixeira, Ricardo Santana, Alexandra Alves Luís, Ana Belinda Teixeira, Cadidjatu Baldé, Catarina Moreira, Gabriela Moita, Maria do Rosário Oliveira Martins, e Tchernobaldé. 2015. *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação*. Consultado a 25 de Outubro, 2016.

Llabrés Fuster, Antoni. 2006. 'El tratamiento de la mutilación genital femenina en el ordenamiento jurídico-español.' Em *Europa: Derechos, Culturas*, coordinado por Javier de Lucas Martín e María Helena Bedoya, 67-86. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Mauss, Marcel. 1934. 'Les techniques du corps.' *Journal de Psychologie* 32:3-4.

Mestre i Mestre, Ruth, e José García Añón. 2008. *Mutilaciones genitales femeninas*. Valencia: University of Valencia. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Remotti, Francesco. 2000. *Prima lezione di antropologia*. Roma-Bari: Laterza.

Ropero Carrasco, Julia. 2001. 'El derecho penal ante la mutilación genital femenina.' *La Ley* 6:1393-1410.



A.A.





Ropero Carrasco, Julia. 2003. 'La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos fundamentales de las niñas basada en razones de discriminación sexual.' *Curso de Derechos humanos de Donostia-San Sebastián*.

Sanz Mulas, Nieves. 2014. 'Diversidad cultural y política criminal: estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español).' *Revista Española de Ciencia Penal y Criminología* 16(11):1-49. Consultado a 5 de Setembro de 2016.

Scheper-Hughes, Nancy, e Margaret Lock. 1987. 'The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.' *Medical Anthropology Quarterly* 1(1):6-41.

Shell-Duncan, Bettina, Reshma Naik, e Charlotte Feldman-Jacobs. 2016. 'A State-of-the-Art-Synthesis of Female Genital Mutilation/Cutting: What Do We Know Now?' *Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive*. Nova York: Population Council.

Teixeira, Ana Lúcia. 2016. 'Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal.' *Public Health* 139:53-60.

Torres Fernández, María Elena. 2005. 'El nuevo delito de mutilación genital.' Em *Estudios en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, coordinado por Juan Carlos Carbonell Mateu, 943-64. Madrid: Dykinson.

UN Commission on the Status of Women. 2011. *Ending female genital mutilation: Report of the Secretary-General*, 1-17, E/CN.6/2012/8. Consultado a 22 de Agosto, 2016.

UNFPA-Colombia. 2011. *Project Embera-wera: An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America*. Consultado

UNICEF Innocenti Research Centre. 2005. *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*, 1-43. Florença: UNICEF Innocenti Digest.

UNICEF. 2013. *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nova York: UNICEF.

UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nova York: United Nations Children's Fund (UNICEF). Consultado a 22 de Agosto, 2016.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2013. *Too Much Pain: Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union – A Statistical Overview*. Geneva: UNHCR Bureau for Europe. Consultado a 25 de Outubro, 2016.



A.A.





United Nations High Commissioner for Refugees. 2009. *Guidance Note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation*. 1-15. Geneva: UNHCR. Consultado a 22 de Agosto, 2016.

Van Baelen, Luk, Livia Ortensi, e Els Leye. 2016. 'Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union: A secondary data analysis.' *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. Consultado a 16 de Setembro, 2016. doi:10.1080/13625187.2016.1234597.

### CAPÍTULO III. MEDICINA, ENFERMAGEM E PARTOS

Bagaglia, Carlota, Sabrina Flamini, Maya Pellicciari, e Chiara Polcri (eds.). 2014. *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*. Regione Umbria Perugia: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute.

De Schrijver, Lotte, Els Leye, e Mireille Merckx. 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. Consultado a 2 de Setembro, 2016. doi:10.3109/13625187.2016.1172063.

Leon Eisenberg. 1977. 'Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness.' *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1: 9-23.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu and GAMS België. 2011. *Vrouwelijke genitale verminking. Handleiding voor de betrokken beroepssectoren*. Bruxelas: FOD Volksgezondheid.

Fusaschi, Michela. 2011. "Designer vagina": immaginari dell'indecenza o ritorno all'età dell'innocenza? *Genesis* x/1:63-84.

Hellsten, Sirkku Kristiina. 2004. 'Rationalising circumcision: from tradition to fashion, from public health to individual freedom—critical notes on cultural persistence of the practice of genital mutilation.' *Journal of Medical Ethics* 30:248-53.

Johnsdotter, Sara, e Birgitta Essén. 2010. 'Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications.' *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.

Kaplan, Adriana, Pere Toran, e Maria Helena Bedoya. 2006a. 'Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la atención primaria,' *Atención Primaria* 38(2):122.



A.A.





Kaplan, Adriana, Pere Toran, e Maria Helena Bedoya. 2006b. 'Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales.' *Revista Migraciones* 19:189-217.

Kaplan, Adriana, Pere Toran, e Juana Moreno. 2009. 'Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence.' *BMC Public Health* 9:11.

Kaplan, Adriana, Juana Moreno, e María José Pérez Jarauta. 2010a. *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. España: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), UAB, Bellaterra. Consultado a 30 de Outubro, 2016.

Kaplan, Adriana, Natividad Fernández, e Juana Moreno. 2010b. 'Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families.' *BMC Public Health* 10:193.

Kaplan, Adriana, Nora Salas, e Aina Mangas. 2015. *La Mutilación Genital Femenina en España*. España: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Gobierno de España. Consultado a 5 de Dezembro, 2016.

Kelly, Brenda, e C. Foster. 2012. 'Should female genital cosmetic surgery and genital piercing be regarded ethically and legally as female genital

mutilation?' *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119:389-92.

Russell, Andrew. 2009. *Lecture Notes: The Social Basis of Medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Sheldon, Sally, e Stephen Wilkinson. 2002. 'Female Genital Mutilation and Cosmetic Surgery: Regulating Non-Therapeutic Body Modification.' *Bioethics* 12:4. Consultado a 28 de Outubro, 2016.

United Nations High Commissioner for Refugees. 2009. *Guidance Note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation*. Ginebra: United Nations High Commissioner for Refugees, Protection Policy and Legal Advice Section, Division of International Protection Services, 1-15. Consultado a 22 de Agosto, 2016.

Vissandjée, Bilkis, Shereen Denetto, Paula Migliardi, e Jodi Proctor. 2014. 'Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences.' *BMC International Health and Human Rights* 14:13. Consultado a 30 de Outubro, 2016. doi: 10.1186/1472-698X-14-13.

World Health Organization. 2016. *WHO Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra: World Health Organization.



A.A.





## CAPÍTULO IV: DERECHOS HUMANOS, DERECHO PENAL E DE ASILO

Bodelón, Encarna. 2009. 'Feminismo y derecho: Mujeres que van más allá de lo jurídico.' Em *Género y dominación: Críticas feministas del derecho y el poder*, editado por Gemma Nicolás e Encarna Bodelón, 95-116. Barcelona: Anthropos Editorial.

Boyle, Elizabeth Heger. 2002. *Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Charlesworth, Hillary. 1994. 'What are "Women's International Human Rights"?' Em *Human Rights of Women: National and International Perspectives*, editado por Rebecca J. Cook. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Council of Europe. 2011. *Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Council of Europe Treaty Series No. 210*. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

European Commission. 2010. *COM(2010)491 final, 21.9.2010, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Strategy for equality between women and men: 2010-2015*.

European Commission. 2011. *COM(2011) 60 final, 15.2.2011, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European*

*Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The EU Agenda for the Rights of the Child*.

European Commission. 2013. *COM(2013) 833 final, 25.11.2013, Communication from the Commission to the European Parliament and the Council: Towards the elimination of female genital mutilation*.

European Institute for Gender Equality (EIGE). 2015. *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. Vilnius: EIGE.

European Institute for Gender Equality. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Vilnius: Publications Office of the European Union.

European Union. 2012. *European Union Directive 2012/29/EU, establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime*.

Facio, Alda, e Lorena Fries. 1999. 'Feminismo, género y patriarcado.' Em *Género y Derecho*, editado por Alda Facio e Lorena Fries. Washington: American University Washington College of Law.

Johnsdotter Sara, e Ruth M. Mestre i Mestre. 2015. *Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases*. Luxemburgo: European Commission Directorate-General for Justice.



A.A.





Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, e Noria Liset Puppo. 2010. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals: The Gambia* (2<sup>nd</sup> edition). Barcelona: UAB, Bellaterra.

Leye, Els e Alexia Sabbe. 2009. *Responding to Female Genital Mutilation in Europe: Striking the right balance between prosecution and prevention*. Gent: International Centre for Reproductive Health.

Leye, Els, Jessika Deblonde, José García Añón, Sara Johnsdotter, Adwoa Kwateng-Kluytse, Linda Weil-Curiel, e Marleen Temmerman. 2007. 'An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe.' *Crime, Law and Social Change* 47, 1:1-31.

MacKinnon, Catharine A. 2006. *Are Women Human? And Other International Dialogues*. Cambridge: Harvard University Press.

Muthumbi, Jane, Joar Svanemyr, Elisa Scoralo, Marleen Temmerman, e Lale Say. 2015. 'Female Genital Mutilation: A Literature Review of the Current Status of Legislation and Policies in 27 African Countries and Yemen.' *African Journal of Reproductive Health* 19, 3:32-40.

Mutua, Makau. 2002. *Human Rights: A Political and Cultural Critique*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

P&D Factor: Associação para a Cooperação sobre População e Desenvolvimento. 2016. *'O direito a viver sem mutilação genital feminina.'* Consultado a 5 de Novembro, 2016.

Parekh, Bhikhu. 2000. *Rethinking Multiculturalism: Cultural Diversity and Political Theory*. Basingstoke e Londres: Macmillan.

Pérez Vaquero, Carlos. 2010. *'La mutilación genital femenina en España y la Unión europea.'* Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Rahman, Anika, e Nahid Toubia. 2000. *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres: Zed Books.

Redress. 2009. *Project for criminal law reform: Comments on the ban of female genital mutilation in Sudan's legislation*. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Ropero Carrasco, Julia. 2001. 'El derecho penal ante la mutilación genital femenina.' *La Ley* 6:1393-1410.

Ropero Carrasco, Julia. 2003. 'La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos fundamentales de las niñas basada en razones de discriminación sexual.' Em *Cursos de Derechos Humanos de Donostia-San Sebastián*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.



A.A.





Sanz Mulas, Nieves. 2014. 'Diversidad cultural y política criminal: Estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español).' *Revista Española de Ciencia Penal y Criminología* 16(11):1-49. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Shell-Duncan, Bettina. 2008. 'From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention.' *American Anthropologist* 110(2):225-36.

Shweder, Richard A. 2002. 'What about female genital mutilation? and why understanding culture matters in the first place.' Em *Engaging Cultural Differences: The Multicultural Challenge in Liberal Democracies*, editado por Richard A. Shweder, Martha Minow, e Hazel Rose Markus, 216-51. Nova York: Russell Sage Foundation.

Thiam, Awa. 1983. 'Women's fight for the abolition of sexual mutilation.' Em *International Social Science Journal* XXXV 4:747-57. Paris: UNESCO. Consultado a 5 de Setembro, 2016. <http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000579/057959eo.pdf#nameddest=58013>.

Torres Fernández, e María Elena. 2005. 'El nuevo delito de mutilación genital.' Em *Estudios en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, coordinado por Juan Carlos Carbonell Mateu, 943-64. Madrid: Dykinson.

UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nova York: United Nations Children's Fund (UNICEF). Consultado a 5 de Setembro, 2016.

United Nations General Assembly (UNGA). 1989. *Convention on the Rights of the Child*, adopted by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

United Nations General Assembly (UNGA). 2012. *UNGA Resolution 67/146, adopted on 20 December 2012, Intensifying Global Efforts for the Elimination of Female Genital Mutilations*.

Walley, Christine J. 1997. 'Searching for "Voices": Feminism, Anthropology, and the Global Debate over Female Genital Operations.' *Cultural Anthropology* 12(3):405-38.

## CAPÍTULO V. Serviço social, educação e psicologia

Arredondo, Patricia, Rebecca Toporek, Sherlon Pack Brown, Janet Jones, Don C. Locke, Joe Sanchez, e Holly Stadler. 1996. 'Operationalization of the multicultural counseling competencies.' *Journal of Multicultural Counseling and Development* 24(1):42-78.



A.A.





Barrett, Hazel, Katherine Brown, Yussif Alhassan, e David Beecham. 2015. *The REPLACE\* Approach: Supporting Communities to end FGM in the EU.*

Constantine, Madonna G., e Ladany, Nicholas. 2001. 'New visions for defining and assessing multicultural counseling competence.' Em *Handbook of Multicultural Counseling* (2nd edition), editado por Joseph G. Ponterotto, 482-98. Thousand Oaks: Sage Publications.

Daniel, Jessica Henderson, Gargi Roysircar, Norman Abeles, e Cyndy Boyd. 2004. 'Individual and cultural diversity competency: Focus on the therapist.' *Journal of Clinical Psychology* 60(7):755-70.

Fusaschi, Michela. 2015. 'Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy.' *Cahiers d'études africaines* LV (217):11-28.

Gallotti, Cecilia. 2009. 'Le Mutilazioni Genitali Femminili come posta in gioco nei processi di cambiamento culturale ('Female Genital Mutilation as stakes in the processes of cultural change').' Em *Migrazioni Generi Famiglie. Pratiche di escissione e dinamiche di cambiamento in alcuni contesti regionali*, editado por Daniela Carrillo e Nicola Pasini, 185-265. Milão: Franco Angeli-Fondazione Ismu.

GAMS Belgique e INTACT. 2014. *Recommandations visant à améliorer la prévention et la protection des filles et des femmes victimes ou à risque*

*d'excision.* Consultado a 29 de Novembro, 2016.

Pope-Davis, Donald B., Hardin L. K. Coleman, William Ming Liu, e Rebecca L. Toporek. 2003. *Handbook of Multicultural Competencies in Counseling and Psychology.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Simonelli, Ilaria, Alice Barbieri, Francesca Beraldo, e Fabrizio Simonelli. 2013. 'Female genital mutilation between culture and health: A quantitative study.' *Research and Best Practice* 3(3):90-97.

Straub, Richard O. 2013. *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach.* Macmillan.

Sue, Derald Wing, Patricia Arredondo, e Roderick J. McDavis. 1992. 'Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession.' *Journal of Counseling & Development* 70(4):477-86.

Walley, Christine J. 1997. 'Searching for "Voices": Feminism, Anthropology, and the Global Debate over Female Genital Operations.' *Cultural Anthropology* 12(3):405-38.

WHO. 2000. *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* Consultado a 1 de Dezembro, 2016.



A.A.





## CAPÍTULO VI. Antropologia e desenvolvimento internacional

Abusharaf, Rogaia Mustafa. 2000. 'Revisiting Feminist Discourses on Infibulation: Responses from Sudanese Feminists.' Em *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 151-66. Londres: Lynne Rienner.

Abusharaf, Rogaia Mustafa (ed.). 2006. 'Introduction: The Custom in Question.' *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, 1-25. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Ahmadu, Fuambai. 2000. 'Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision.' Em *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 283-312. Londres: Lynne Rienner.

Ahmadu, Fuambai. 2005. *'Cutting the Anthill: The Symbolic Foundations of Female and Male Circumcision among the Mandinka of Brikama, The Gambia.'* PhD diss., London School of Economics.

Arnfred, Signe (ed.). 2004. "African Sexuality"/Sexuality in Africa: Tales and Silences.' *Re-thinking Sexualities in Africa*, 59-78. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.

Baer, Madeline, e Alison Brysk. 2009. 'New Rights for Private Wrongs:

Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues.' Em *The International Struggle for New Human Rights*, editado por Bob Clifford, 93-107. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Boddy, Janice. 1989. *Wombs and Alien Spirits: Women, Men, and the Zar Cult in Northern Sudan*. Madison: University of Wisconsin Press.

Bourdieu, Pierre. 1991. 'Rites of Institution.' Em *Language and Symbolic Power*, editado por John Thompson, 117-26. Cambridge: Harvard University Press.

Butler, Judith. 2004. *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Londres: Verso.

Cavatorta, Giovanna. 2015. *Rapport de recherche anthropologique*. Roma e Djibouti City: National Institute for Health, Migration and Poverty and Djiboutian Ministry of Health.

Esho, Tammary, Steven Van Wolputte, e Paul Enzlin. 2011. 'The Socio-Cultural-Symbolic Nexus in the Perpetuation of Female Genital Cutting: A Critical Review of Existing Discourses.' *Afrika Focus* 24(2):53-70.

Fassin, Didier. 2005. 'L'ordre moral du monde: Essai d'anthropologie de l'intolérable.' Em *Les constructions de l'intolérable*, editado por Didier Fassin e Patrice Bourdelais, 17-50. Paris: La Découverte.



A.A.





Fassin, Didier. 2009. 'Les économies morales revisitées.' *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 64:1237-66.

Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.

Foucault, Michel. 2007. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France 1977-1978*. Basingstoke: Palgrave.

Fusaschi, Michela. 2014. 'Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques.' *Synergies Italie* 10:95-107.

Fusaschi, Michela. 2015. 'Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy.' *Cahiers d'études africaines* 217:11-28.

Godelier, Maurice. 1986. *The Making of Great Men: Male Domination and Power among the New Guinea Baruya*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gosselin, Claudie. 2000a. 'Handing Over the Knife: Numu Women and the Campaign Against Excision in Mali.' Em *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 193-214. Boulder-Londres: Lynne Rienner.

Gosselin, Claudie. 2000b. 'Feminism, Anthropology and the Politics of Excision in Mali: Global and Local Debates in a Postcolonial World.' *Anthropologica* XLII(1):43-60.

Hadi, Amal Abdel. 2006. 'A Community of Women Empowered: The Story of Deir Al Barsha.' Em *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editado por Rogaiia Mustafa Abusharaf, 104-24. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Hastrup, Kirsten. 2005. 'Social Anthropology: Towards a Pragmatic Enlightenment?' *Social Anthropology* 13(2):133-49.

Hernlund, Ylva. 2000. 'Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female "Circumcision" and the Re-Ritualization of Initiation in the Gambia.' Em *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 235-52. Londres: Lynne Rienner.

Hernlund, Ylva, e Bettina Shell-Duncan. 2007. 'Contingency, Context, and Change: Negotiating Female Genital Cutting in the Gambia and Senegal.' *Africa Today* 53(4):43-57.

Hosken, Fran. 1982. *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Lexington: Women's International Network News.



A.A.





Jackson, Michael. 2005. *Existential Anthropology: Events, Exigencies and Effects*. Oxford: Berghahn Books.

Johnsdotter, Sara. 2009. 'Discrimination of Certain Ethnic Groups? Ethical Aspects of Implementing FGM Legislation in Sweden.' *FoU Rapport 3*. Malmö: Malmö University. Consultado a 25 de Outubro, 2016.

Johnsdotter, Sara, e Birgitta Essén. 2010. 'Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications.' *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.

Kaplan, Adriana, Juana Moreno Navarro e María José Pérez Jarauta (eds.). 2010. *Mutilación genital femenina (MGF): Manual para profesionales*. UAB, Bellaterra: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).

Kaplan, Adriana, Babucarr Cham, Lamin A. Njie, Ana Seixas, Sandra Blanco, e Mireia Utzet. 2013. 'Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men.' *Obstetrics and Gynecology International*. Consultado a 7 de Novembro, 2016. doi:10.1155/2013/643780.

Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, e Noria Liset Puppo. 2015. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals: The Gambia* (2<sup>nd</sup> edition). Espanha: UAB, Bellaterra.

Mackie, Gerry. 1996. 'Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account.' *American Sociological Review* 61(6):999-1017.

Mackie, Gerry. 2000. 'Female Genital Cutting: The Beginning of the End.' *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 245-82. Londres: Lynne Rienner.

Mackie, Gerry, Francesca Moneti, Holly Shakya, e Elaine Denny. 2015. *What are Social Norms? How are they Measured?* Nova York: UNICEF, University of California, San Diego, and the Center for Global Justice. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Mathieu, Nicole-Claude. 1991. *L'Anatomie politique: Catégorisation et idéologie du sexe*. Paris: Côté-femmes.

Merry, Sally Engle. 2006. *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: Chicago University Press.

Merry, Sally Engle. 2016. *The Seductions of Quantification: Measuring Human Rights, Gender Violence, and Sex Trafficking*. Chicago: Chicago University Press.

Moore, Henrietta. 1994. *A Passion for Difference: Essays in Anthropology and Gender*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press.



A.A.





Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2004. Dualisms and Female Bodies in Representation of African Female Circumcision. A Feminist Critique. *Feminist Theory* 5 (3): 281-303.

Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2007. Irua Ria Atumia and Anti-Colonial Struggles Among the Gĩkũyũ of Kenya: A Counter Narrative on “Female Genital Mutilation”. *Critical Sociology* 33: 689-708.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2005. *Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change*. Londres e Nova York: Zed Books.

Paluck, Elizabeth Levy, e Laurie Ball. 2010. *Social Norms Marketing Aimed at Gender Based Violence: A Literature Review and Critical Assessment*. Nova York: International Rescue Committee.

Scheper-Hughes, Nancy, e Margaret Lock. 1987. ‘The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.’ *Medical Anthropology Quarterly* 1:6-41.

Shell-Duncan, Bettina. 2008. ‘From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention.’ *American Anthropologist* 110(2):225-36.

Shell-Duncan, Bettina, Katherine Wander, Ylva Hernlund, e Amadou Moreau. 2011. ‘Dynamics of Change in the Practice of Female Genital Cutting in Senegambia: Testing Predictions of Social Convention Theory.’ *Social Science & Medicine* 7(8):1275-83.

Thomas, Lynn M. 1996. “‘Ngaitana (I will circumcise myself)’”: The Gender and Generational Politics of the 1956 Ban on Clitoridectomy in Meru, Kenya.’ *Gender & History* 8:338-63.

Turner, Victor W. 1969. ‘Liminality and Communitas.’ *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Van Gennep, Arnold. 1960. *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.

## CAPÍTULO VII. Estudos feministas e de gênero<sup>34</sup>

Abu-Lughod, Lila. 2002. ‘Do Muslim Women Really Need to be Saved? Anthropologic Considerations on the Cultural Relativism and its Others.’ *American Anthropologist* 104(3):784-90.

Al-Khulaidi, Ghadah Abdulmajid, Keiko Nakamura, Kaoruko Seino, e Masashi Kizuki. 2013. ‘Decline of Supportive Attitudes among Husbands toward Female Genital Mutilation and Its Association to Those Practices



A.A.





in Yemen.' *PLOS ONE* 8(12):e83140. Consultado a 5 de Setembro, 2016. doi:10.1371/journal.pone.0083140.

Almroth, Lars, Vanja Berggren, Osman Mahmoud Hassanein, Said Salah Eldin Al-Said, Sharif Siddiq Alamin Hasan, Ulla-Britt Lithell, e Staffan Bergström. 2001. 'Male complications of female genital mutilation.' *Social Science & Medicine* 53(11):1455-60. Consultado a 5 de Setembro, 2016. doi:10.1016/S0277-9536(00)00428-7.

Amorós, Celia. 1997. *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.

Anthias, Floya. 2014. 'Une théorisation intersectionnelle du genre, de l'ethnicité, de la migration et de la classe en fonction de la violence faite aux femmes.' Em *Violences envers les femmes: Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformations*, editado por Maryse Rinfret-Raynor, Élisabeth Lesieux, Marie-Marthe Cousineau, Sonia Gauthier e Elisabeth Harper, 55-76. Montreal: Presses de l'Université du Québec.

Bagaglia, Carlota, Sabrina Flamini, Maya Pellicciari, e Chiara Polcri (eds.). 2014. *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*. Regione Umbria Perugia: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute.

Bagnol, Brigitte, e Esmeralda Mariano. 2011. 'Politics of naming sexual

practices.' Em *African Sexualities: A Reader*, editado por Sylvia Tamale, 271-87. Cape Town, Dakar, Nairobi e Oxford: Fahamu.

Beauvoir, Simone de. 1949. *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard.

Bell, Kirsten. 2005. 'Genital Cutting and Western Discourses on Sexuality.' *Medical Anthropology Quarterly* 19(2):125-48. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Benhabib, Seyla. 1992. *Situating the Self: Gender, Community and Postmodernism in Contemporary Ethics*. Nova York: Routledge.

Benhabib, Seyla. 2004. *The Rights of Others: Aliens, Residents and Citizens*. Cambridge: Cambridge University Press.

Boltanski, Luc. 1993. *La souffrance à distance: Morale humanitaire, médias et politique*. Paris: Métailié.

Bourdieu, Pierre. 1998. *La domination masculine*. Paris: Seuil.

Braun, Virginia. 2009. 'The Women Are Doing It for Themselves: The Rhetoric of Choice and Agency around Female Genital Cosmetic Surgery.' *Australian Feminist Studies* 60:233-49.

Butler, Judith. 1988. 'Performative acts and gender constitution: An



A.A.





essay in phenomenology and feminist theory.' *Theatre Journal* 40:519-31. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Cavatorta, Giovanna. 2015. *Research Report: Support to Djiboutian Programmes for Women's Health*. Roma: NIHMP – National Institute for Health, Migration and Poverty.

Charlesworth, Hillary. 1994. 'What are "Women's International Human Rights"?' Em *Human Rights of Women: National and International Perspectives*, editado por Rebecca J. Cook, 58-84. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Claramonte, Jordi. 2016. *Estética Modal*. Madrid: Tecnos.

Coene, Gily, e Chia Longman (eds.). 2005. 'Introduction: Les paradoxes du débat sur le féminisme et le multiculturalisme.' *Féminisme et multiculturalisme: Les paradoxes du débat*, 11-32. Berna: Peter Lang.

Crenshaw, Kimberlé. 1991. 'Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color.' *Stanford Law Review* 43(6):1241-99.

De Miguel, Ana. 2015. *Neoliberalismo sexual*. Madrid: Cátedra.

Delphy, Christine. 1993. 'Rethinking sex and gender.' *Women's Studies International Forum* 16(1):1-9.

Diop, Nafissatou J., e Ian Askew. 2007. 'Strategies for Encouraging the Abandonment of Female Genital Cutting: Experiences from Senegal, Burkina Faso and Mali.' Em *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editado por Rogaiya Mustafa Abusharaf, 125-41. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Ehrenreich, Nancy (com Marc Barr). 2005. 'Intersex Surgery, Female Genital Cutting, and the Selective Condemnation of "Cultural Practices".' *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review* 40:71-140. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

El Saadawi, Nawal. 1980. *The Hidden Face of Eve: Women in the Arab World*. Londres: Zed Books.

Fraser, Nancy. 2013. *Fortunes of Feminism: From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis*. Londres e Nova York: Verso Books.

Fraisse, Geneviève. 2007. *Du consentement*. Paris: Seuil.

Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Turim: Bollati Boringhieri.



A.A.





Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della piet  e umanitarismo spettacolo*. Turim: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2012. 'Plaisirs crois s: gukuna-kunyaza. Missions, corps et sexualit s dans le Rwanda contemporain.' *Genre, sexualit  & soci t * 8. Consultado a 25 de Agosto, 2015. doi:10.4000/gss.2571.

Fusaschi, Michela. 2013. 'The Barbie look: lipoAspirazioni catodiche. Per un'antropologia critica del corpo della donna come luogo pubico.' Em *Factual, Reality, Makeover*, editado por Veronica Innocenti e Marta Perrotta, 123-47. Roma: Bulzoni.

GAMS. 2016. '[Men Speak Out.](#)' Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Gosselin, Claudie. 2000. 'Handing Over the Knife: Numu Women and the Campaign Against Excision in Mali.' Em *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 193-214. Boulder-Londres: Lynne Rienner.

Gruenbaum, Ellen. 2000. *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.

Guerra Palermo, María José. 2008. 'Culturas y g nero: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres.' *Isegor a: Revista de Filosof a moral y política* 38:61-76. Accessed September 5, 2016.

doi:10.3989/isegoria.2008.i38.403.

Harcourt, Wendy. 2009. *Body Politics in Development: Critical Debates in Gender and Development*. Londres: Zed Books.

Hartmann, Nicolai. 2015. *Ethics*. Nova York: Routledge.

Hernlund, Ylva, e Bettina Shell-Duncan (eds.). 2007. 'Transcultural Positions: Negotiating Rights and Culture.' *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, 1-4. New Brunswick: Rutgers State University Press.

Hill Collins, Patricia. 1991. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Nova York e Londres: Routledge.

Irigaray, Luce. 1977. *Ce sexe qui n'en est pas un*. Paris:  ditions de Minuit.

Irigaray, Luce. 1985. *Speculum of the Other Woman*, traduzido por Gillian G. Gill. Nova York: Cornell University.

Jeffreys, Sheila. 2005. *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*. Londres e Nova York: Routledge.

Johnsdotter, Sara, e Birgitta Ess n. 2010. 'Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications.' *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.



A.A.





Khamasi, Wanjiku. 2015. 'Transcending Female Circumcision: A Call for Collective Unmasking.' *Interrogating Harmful Cultural Practices: Gender, Culture and Coercion*, editado por Chia Longman and Tamsin Bradley, 99-110. Farnham: Ashgate.

Koster, Marian, and Lisa Leimar Price. 2008. 'Rwandan female genital modification: Elongation of the labia minora and the use of local botanical species.' *Culture, Health & Sexuality* 10:191-204.

Lerner, Gerda. 1986. *The Creation of Patriarchy*. Nova York: Oxford University Press.

Lightfoot-Klein, Hanny. 1989. *Prisoners of Ritual: An Odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*. Nova York: Haworth Press.

Longman, Chia, and Tamsin Bradley (eds.). 2015. 'Interrogating the Concept of "Harmful Cultural Practices".' *Interrogating Harmful Cultural Practices: Gender, Culture and Coercion*, 11-30. Farnham: Ashgate.

Mackinnon, Catharine. 1989. *Toward a Feminist Theory of the State*. Cambridge: Harvard University Press.

Millett, Kate. 1970. *Sexual Politics*. Garden City: Doubleday.

Moghadam, Valentine M. 2005. *Globalizing Women: Transnational Feminist Networks*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Mohanty, Chandra T. 1991. 'Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses.' Em *Third World Women and the Politics of Feminism*, editado por Chandra Mohanty, Ann Russo e Lourdes Torres, 51-80. Bloomington: Indiana University Press.

Mohanty, Chandra T. 2003. "'Under Western Eyes" Revisited: Feminist Solidarity through Anticapitalist Struggles.' *Signs* 28(2):499-535. Consultado a 5 de Setembro, 2016. doi:10.1086/342914.

Moller Okin, Susan. 1998. 'Feminism and Multiculturalism: Some Tensions.' *Ethics* 104(8):661-84. Consultado a 5 de Setembro, 2016. doi:10.1086/233846.

Narayan, Uma. 1997. *Dislocating Cultures: Identities, Traditions, and Third World Feminism*. Nova York: Routledge.

Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2004. 'Dualisms and female bodies in representations of African female circumcision: A feminist critique.' *Feminist Theory* 5:281-303.



A.A.





Nnaemeka, Obioma (ed.). 2005. 'African Women, Colonial Discourses, and Imperialist Interventions: Female Circumcision as Impetus.' *Female Circumcision and the Politics of Knowledge: African Women in Imperialist Discourses*. Londres: Praeger Publishers.

Nuñez Puente, Sonia. 2015. 'Online activism and subject construction of the victim of gender-based violence on Spanish YouTube channels: Multimodal analysis and performativity.' *European Journal of Women's Studies* 22(3):319-33.

Nuño Gómez, Laura. 2013. 'Violencia y Deshumanización de las mujeres: La gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos.' Em *Violencia de Género e Igualdad: Una Cuestión de Derechos Humanos*, editado por Ángela Figueruelo Burrieza, Marta del Pozo Pérez e Marta León Alonso, 183-206. Granada: Comares.

Oakley, Ann. 1972. *Sex, Gender and Society*. Londres: Temple Smith.

Parliamentary Assembly of the Council of Europe. 2013. [Resolution 1952 \(2013\). Children's right to physical integrity](#). Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Pateman, Carole. 1988. *The Sexual Contract*. Stanford: Stanford University Press.

Phillips, Anne, e Anne Saharso. 2008. 'The rights of women and the crisis of multiculturalism (Editorial convidado).' *Ethnicities* 8(3):2-12.

Puleo, Alicia. 1995. 'Patriarcado.' Em *Diez Palabras Clave Sobre Mujer*, editado por Celia Amorós, 21-54. Estella: Verbo Divino.

Rahman, Anika, e Nahid Toubia. 2000. *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres e Nova York: Zed Books, CRLP e Rainbo.

Rubin, Gayle. 1975. 'The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex.' Em *Toward an Anthropology of Women*, editado por Rayna R. Reiter, 157-210. Nova York: Monthly Review Press.

Saltzman Chafetz, Janet. 1990. *Gender Equity: An Integrated Theory of Stability and Change*. Newbury Park: Sage Publications.

Sardi, Lauren M. 2016. 'Male Circumcision.' Em *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, editado por Nancy A. Naples. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Shell-Duncan, Bettina, Obiero Walter Obungu, e Leunita Auko Muruli. 2000. 'Women Without Choices: The Debate Over Medicalization of Female Genital Cutting and its Impact on a Northern Kenyan Community.' Em *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado



A.A.





por Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, 109-128. Boulder-Londres: Lynne Rienner.

Showalter, Elaine. 1985. *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. Nova York: Pantheon Books.

Spivak, Gayatri. 1998. *Can the Subaltern Speak?* Londres: Macmillan.

Spivak, Gayatri. 2004. 'Righting Wrongs.' *The South Atlantic Quarterly* 103(2/3):523-81.

Tamale, Sylvia. 2007. 'The Right to Culture and the Culture of Rights: A Critical Perspective on Women's Sexual Rights in Africa'. Em *Sex matters*, editado por Adili Zia and Billy Kahora. Nairobi: Urgent Action Fund, 149-65. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Tamale, Sylvia. 2011. *African sexualities: A Reader*. Cape Town: Pambazuka Press.

Thiam, Awa. 1983. 'Women's fight for the abolition of sexual mutilation.' Em *International Social Science Journal XXXV* 4:747-57. Paris: UNESCO. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Varol, Nesrin, Sabera Turkmani, Kirsten Black, John Hall, e Angela Dawson. 2015. 'The role of men in abandonment of female genital mutilation:

A systematic review.' *BMC Public Health* 15:1034. Consultado a 5 de Setembro, 2016. doi:10.1186/s12889-015-2373-2.

Walby, Sylvia. 1990. *Theorizing Patriarchy*. Cambridge: Basil Blackwell, Inc.

Westercamp, Nelly, e Robert C. Bailey. 2007. 'Acceptability of Male Circumcision for Prevention of VIH/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Review.' *AIDS and Behavior* 11(3):341-55. Consultado a 5 de Setembro, 2016. doi:10.1007/s10461-006-9169-4.

WHO, UNICEF, and UNFPA. 1997. *Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Genebra: WHO.

WHO, OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, and UNIFEM. 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*. Genebra: WHO.

Wilcken, Andrea, Thomas Keil, e Bruce Dick. 2010. 'Traditional male circumcision in eastern and southern Africa: A systematic review of prevalence and complications.' *Bull World Health Organ* 88:907-14. Consultado a 5 de Setembro, 2016. doi:10.2471/blt.09.072975.

World Vision. 2014. *Exploring the Links: Female Genital Mutilation/Cutting and Early Marriage*. Londres: World Vision.



A.A.





Zabus, Chantal. 2004. 'Between rites and rights: Excision on trial in African women's texts and human contexts.' Em *Towards a Transcultural Future: Literature and Human Rights in a 'Post'-Colonial World*, editado por Peter H. Marsden e Geoffrey V. Davis. Amsterdão: Rodopy.

Zoske, Joseph. 1998. 'Male Circumcision: A Gender Perspective.' *The Journal of Men's Studies* 6:189-208.

## CAPÍTULO VIII. Comunicação e media

Barthes, Roland. 1975. *Roland Barthes par Roland Barthes*. Paris: Editions du Seuil.

BBC. 2013. [FGM: The film that changed the law in Kurdistan \(um vídeo sobre o documentário Making Pure Girls\)](#). Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Butler, Judith. 1997. *Excitable Speech. A Politics of the Performative*. Nova York e Londres: Routledge.

Carballeda, Alfredo. 2008. *Los cuerpos fragmentados: La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Barcelona: Paidós.

Daughters of Eve. 2012. [Equals? Leyla & Emma](#). Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Dirie, Waris. *Desert Flower*. DVD. Realizado por Sherry Hormann. Reino Unido-Alemanha-Áustria-França: Torus/BSI/Dor Film/Backup Films/Majestic/Mr. Brown Entertainment/BAC Films/ARD, 2009.

Gámez, M<sup>a</sup> José, e Sonia Núñez. 2013. 'Media, ethics and gender-based violence: moving beyond victimization.' *Asparkia* 24:145-160.

Guardian, The. 2015. ['Highlights of the Guardian's Global Media Campaign to help end FGM.'](#) Consultado a 25 de Junho, 2016.

Guardian, The. 2016. ['Jaha Dukureh: From FGM survivor to Time's "most influential" list – video.'](#) Consultado a 1 de Novembro, 2016.

Jensen, Klaus Brhun. 1997. *La semiótica social de la comunicación de masas*. Espanha: Bosch.

Lozano, Mabel. *Mariama*. DVD. Realizado por Mabel Lozano. Espanha: UNAF, 2016.

National Health Service. 2015. Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM). Consultado a 15 de Setembro, 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=531RXHalKul>.



A.A.





Ogilvy & Mather Group UK. 2015. *'It Happens Here.'* Consultado a 15 de Julho, 2016.

Oliver, Kelly. 2004. 'Witnessing and Testimony.' *Parallax* 10(1):79-88.

Pitouli, Christina, e Ana Pozo. *Bref* (Legendas em inglês). DVD. Realizado por Christina Pitouli. Espanha: Metges del Món, 2013. Consultado a 1 de Novembro, 2016.

Rocher, Guy. 1972. *A general introduction to sociology: A theoretical perspective*. Toronto: Macmillan Co. of Canada.

Romero Bachiller, Carmen, e Silvia García Dauder. 2003. 'Saturaciones identitarias: de excesos, materialidades, significación y sus (in) visibilidades.' *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista* 2:37-56.

Sáiz Echezarreta, Vanesa. 2008. 'Resolución de la distancia moral a través de la mediación experta de las ONGD.' *CIC Cuadernos de Información y Comunicación* 13:79-106.

Sembène, Ousmane. *Moolaadé*. DVD. Realizado por Ousmane Sembène. França, Senegal, Burkina Faso e Camarões: Ciné-Sud Promotion/Centre Cinématographique Marocain/Cinétéléfilms, 2004.

Simón, Patricia. 2016. *'Investigar para narrar.'* Cuenca: Facultad de Periodismo de la Universidad de Castilla-La Mancha. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Rivière, Margarita. 2003. *El malentendido. Cómo nos educan los medios de comunicación*. Barcelona: Icaria.

Sanghani, Radhika. 2015. "'Disgusting' FGM campaign wins prestigious advertising awards at Cannes.' *The Telegraph*, June 26. Consultado a 5 de Setembro, 2016.

Vila-San Juan, Rafael. 1999. '¿Sabemos de qué hablamos cuando hablamos de guerra?' *Papeles de Cuestiones Internacionales* 3:133-143.

Thompson, John B. 1998. *The Media and Modernity: A Social Theory of the Media*. Stanford: Stanford University Press.

Wassu-UAB Foundation. 2013. *Iniciación sin mutilación*. Consultado a 5 de Setembro, 2016.



A.A.





#### NOTA 1

The Multisectorial Academic Program to prevent and combat Female Genital Mutilation.

[voltar>>](#)

#### NOTA 2

Para mais informação sobre a historicidade do tema, ver o Capítulo II.2: Historicidade do C/MGF e agendas anti-C/MGF.

[voltar>>](#)

#### NOTA 3

Rabin, Roni Caryn. 2016. 'More Teenage Girls Seeking Genital Cosmetic Surgery.' New York Times, April 25. Consultado a 21 de outubro de 2016. [http://well.blogs.nytimes.com/2016/04/25/increase-in-teenage-genital-surgery-prompts-guidelines-for-doctors/?\\_r=0](http://well.blogs.nytimes.com/2016/04/25/increase-in-teenage-genital-surgery-prompts-guidelines-for-doctors/?_r=0).

[voltar>>](#)

#### NOTA 4

Para mais informação, ver Capítulo III.2: Os genitais e a construção do corpo de uma mulher.

[voltar>>](#)

#### NOTA 5

Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres.

[voltar>>](#)

#### NOTA 6

A Tragédia Sexual das Mulheres Árabes no Oriente.

[voltar>>](#)

#### NOTA 7

Mulher, porque choras?

[voltar>>](#)

#### NOTA 8

Falem, irmãs negras.

[voltar>>](#)

#### NOTA 9

Assim seja ela.

[voltar>>](#)

#### NOTA 10

Ginecologia: a Metaética do Feminismo Radical.

[voltar>>](#)

#### NOTA 11

Relatório Hosken.

[voltar>>](#)

#### NOTA 12

Marcas Guerreiras: a Mutilação Genital Feminina e a Cegueira Sexual das Mulheres.

[voltar>>](#)

#### NOTA 13

MedicineNet, Inc. 2016. Consultado a 22 de Outubro de 2016. <http://www.medicinenet.com>.

[voltar>>](#)



A.A.





#### NOTA 14

Neste processo, as conferências da ONU sobre as mulheres –México (1975), Copenhaga (1980), Nairobi (1985) e Beijing (1995)– desempenharam um papel fulcral.

[voltar>>](#)

#### NOTA 15

A UNICEF define a prevalência de C/MGF como a percentagem de mulheres entre 15-49 anos que foram submetidas a uma das formas de C/MGF (UNICEF Innocenti Research Centre 2005).

[voltar>>](#)

#### NOTA 16

Riskesdas Basic Health Research Survey, Ministério da Saúde da Indonésia, como mencionado em Shell-Duncan et al. 2016.

[voltar>>](#)

#### NOTA 17

Para saber mais sobre a distinção entre saúde, mal-estar e indisposição, ver: Eisenberg 1977; Russell 2009. Ver também: Universidade de Hyderabad (Índia). 2016. 'Curso de pós-graduação em E-learning sobre a sociologia da saúde e da doença.' Consultado a 25 de Outubro, 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=Wb39aXpqOmQ>.

[voltar>>](#)

#### NOTA 18

Para saber mais sobre a ética da terminologia e do cuidado, ver Vissandjée et al. 2014.

[voltar>>](#)

#### NOTA 19

Para saber mais sobre a relação entre MGF e asilo, ver: UNHCR. 2009. 'Guidance Note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation.' Consultado a 27 de Outubro, 2016. <http://www.refworld.org/docid/4a0c28492.html>.

[voltar>>](#)

#### NOTA 20

Esta informação foi gentilmente editada por Marta Patrício, do ISCTE-IUL (Lisboa, Portugal).

[voltar>>](#)

#### NOTA 21

Esta informação foi gentilmente editada por Marta Patrício, do ISCTE-IUL (Lisboa, Portugal).

[voltar>>](#)

#### NOTA 22

Para mais informação acerca do acordo preventivo, ver: Fundación Wassu-UAB. 2015. 'Sharing tools, for prevention.' Consultado a 27 de Outubro, 2016. [http://www.mgf.uab.es/eng/resources\\_for\\_professionals.html](http://www.mgf.uab.es/eng/resources_for_professionals.html).

[voltar>>](#)

#### NOTA 23

Para um exemplo, ver: Fundación Wassu-UAB. 2015. 'Sharing tools, for prevention.' Consultado a 27 de Outubro, 2016. [http://www.mgf.uab.es/eng/resources\\_for\\_professionals.html](http://www.mgf.uab.es/eng/resources_for_professionals.html).

[voltar>>](#)



A.A.





#### NOTA 24

Para saber mais sobre os paralelismos entre C/MGF e cirurgia genital cosmética, ver: Hellsten 2004; Kelly e Foster 2012; Johnsdotter e Essén 2010; Sheldon e Wilkinson 2002; e/ou Fusaschi 2011.

[voltar>>](#)

#### NOTA 25

Esta informação foi gentilmente editada por Marta Patrício, do ISCTE-IUL (Lisboa, Portugal).

[voltar>>](#)

#### NOTA 26

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. 2011. 'Ending Female Genital Mutilation.' Consultado a 1 de Dezembro, 2016. <https://www.giz.de/expertise/downloads/giz2011-en-fgm-bildung.pdf>.

[voltar>>](#)

#### NOTA 27

Convenção Internacional de Direitos Cívicos e Políticos.

[voltar>>](#)

#### NOTA 28

Convenção Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais.

[voltar>>](#)

#### NOTA 29

Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres.

[voltar>>](#)

#### NOTA 30

Female genital cosmetic surgery (FGCS).

[voltar>>](#)

#### NOTA 31

Sob olhos ocidentais: conhecimento feminista e discursos coloniais.

[voltar>>](#)

#### NOTA 32

O Corte.

[voltar>>](#)

#### NOTA 33

A Vagina Perfeita.

[voltar>>](#)

#### NOTA 34

Mulheres a falar sobre as suas experiências pessoais de mutilação genital feminina (MGF).

[voltar>>](#)

#### NOTA 35

Flor do Deserto.

[voltar>>](#)

#### NOTA 36

Criando Raparigas Puras.

[voltar>>](#)



A.A.





### NOTA 37

Mulheres a falar sobre as suas experiências pessoais de mutilação genital feminina (MGF).

[voltar>>](#)

### NOTA 38

União de Associações Familiares.

[voltar>>](#)

### NOTA 39

Iguais? Leyla & Emma.

[voltar>>](#)

### NOTA 40

Filhas de Eva.

[voltar>>](#)

### NOTA 41

Iniciação sem mutilação.

[voltar>>](#)

### NOTA 42

'Acontece aqui'.

[voltar>>](#)



A.A.





*Esta publicação foi produzida com o apoio financeiro do Programa da UE 2014-2020 “Direitos, Igualdade e Cidadania”. O conteúdo desta publicação é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não reflete de modo algum as opiniões da Comissão Europeia. Esta publicação faz parte do programa académico multissetorial para prevenir e combater a mutilação genital feminina (FGM / C)*

#### **EDIÇÃO E REVISÃO DA VERSÃO ORIGINAL EM INGLÊS**

Lucy Deegan Leirião

#### **EDIÇÃO E REVISÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS**

Marta Patrício e Ricardo Falcão



**A.A.**





**MAP-FGM**

MULTISECTORAL ACADEMIC PROGRAMME  
TO PREVENT & COMBAT FEMALE  
GENITAL MUTILATION / CUTTING

Co-funded by the  
European Commission

