
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA

Departamento de Psicologia social e das Organizações

**MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA
EM PORTUGAL**

Sandra Marisa Pereira Rendall Piedade

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:
Professora Doutora Carla Moleiro, Professora Auxiliar
ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Setembro de 2008

Para todas as mulheres sem *VOZ*

Agradecimentos

Há pouco mais de um ano iniciei esta investigação sobre a Mutilação Genital Feminina e agora estou prestes a terminar e só tenho pena que esta prática não termine com o fim deste projecto. Espero continuar a desenvolver este tema e que a aparente indiferença que as mulheres sujeitas à mutilação manifestam, perante a minha luta, se desvaneça pois o meu intuito é ajudar e não julgar.

Queria agradecer em primeiro lugar às mulheres vítimas de MGF, que acederam gentilmente ao meu pedido de colaboração, pois sei que não foi fácil para elas ser entrevistada por uma estranha e sobre algo tão íntimo e constrangedor. Seguidamente, agradeço muito a minha orientadora por todo o apoio que sempre me disponibilizou e por toda a compreensão. Em seguida ao António Baldé e esposa Dra Isabel Baldé pelo seu auxílio, que foi determinante para a consecução do estudo qualitativo – muito obrigado. Às minhas valiosas amigas da faculdade designadamente Verónica, Elsie, Clara e Nívea pelos três anos de amizade e cumplicidade. À Cátia por ler os meus pensamentos mais profundos, à Vera pela coragem, à Diana pela clarividência, aos meus noivos predilectos. Ao meu sobrinho desejado agradeço por me fazer feliz com coisas tão simples como uma gargalhada. À Patrícia porque fez a coisinha mais linda do mundo, o Alexandre, e por ser tão verdadeira e tão minha amiga. À Magda minha prima da Tibaria que eu adoro. À Andreia pela generosidade. Aos meus manos, as pessoas mais importantes da minha vida, agradeço por me atrapalharem quando estou concentrada e por encherem o meu computador com vírus. Aos meus pais agradeço por terem feito o melhor que sabiam e à minha mãe, agradeço em particular, porque sem ela não haveria mestrado. Agradeço à Rita e ao meu avô por tudo o que me ensinaram e tenho pena que não possam estar cá. Por ultimo, para acabar em beleza, agradeço ao João por todo o amor e dedicação.

Resumo

De acordo com a OMS (1997), a Mutilação Genital Feminina já vitimou aproximadamente 140 milhões de mulheres em todo o mundo. Portugal foi considerado um país de risco relativamente à prática de MGF, devido ao acréscimo de imigrantes provenientes de países onde a prática é recorrente e à inexistência de uma lei específica que penalize este procedimento. Deste modo, foram conduzidos dois estudos visando (1) investigar as percepções de mulheres mutiladas e de peritos sobre MGF (estudo qualitativo), e (2) verificar as atitudes dos profissionais de saúde e a sua formação em MGF (estudo quantitativo). No estudo 1, os resultados evidenciaram que as percepções mais salientes entre os participantes compreendem essencialmente factores culturais, como a importância da realização da MGF dentro da comunidade, as consequências da recusa da MGF e a percepção da mulher mutilada. No estudo 2, a análise dos dados confirmou a existência de atitudes negativas, dos profissionais de saúde, relativamente à MGF, bem como reforçou os resultados de estudos anteriores que indiciam a existência de lacunas na formação médica para os cuidados prestados às vítimas de MGF. Verificou-se ainda uma associação positiva entre as atitudes face à MGF e a formação nesta área. Contrariamente, não se verificaram diferenças atitudinais significativas entre sexos, nem como dos níveis formação em MGF entre médicos e enfermeiros.

Palavras-chave: Mutilação Genital Feminina; percepções de mulheres e peritos sobre MGF; atitudes dos profissionais de saúde sobre MGF; formação em MGF.

Abstract

According to WHO (1997) approximately 140 million women have been submitted to Female Genital Mutilation worldwide. Portugal has been identified as in-risk concerning the practice of FGM due to the increasing number of immigrants, from countries in which FGM is a current practice, and due to the lack of specific legislation that punishes this procedure. Therefore, two studies were conducted in order to (1) investigate the perceptions of mutilated women and experts regarding FGM (qualitative study); and to (2) collect information about attitudes and medical knowledge about FGM (quantitative study). The results of the first study showed that the more salient perceptions of FGM among the participants comprises, essentially, cultural factors, such as the importance of doing FGM within the community, the consequences of the refusing FGM and the perception of the mutilated women. In study two, data analysis confirmed the existence of a negative attitude concerning FGM in accordance with previous studies, as well as the lack of knowledge and medical competencies concerning FGM among healthcare professionals. A significant and positive association was also verified between attitudes towards FGM and the presence of medical specialization in the area. However, the attitudes of men and women concerning FGM were not significantly different, nor were the degree of healthcare competencies in MGF between doctors and nurses.

Palavra-chave: Female Genital Mutilation; perceptions of women and experts about FGM; attitudes of healthcare professionals about FGM; Healthcare competencies in FGM.

Índice Geral

	Página
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
1. Introdução.....	1
1.1 Definição e tipos de MGF.....	2
1.2 Prevalência da MGF	2
1.3 Procedimento da MGF	4
1.4 Motivos Subjacentes à Prática de MGF	5
1.4.1 Religião e MGF	5
1.4.2 Cultura e MGF	5
1.4.3 Questões de Género	6
1.4.4 Crenças sobre os órgãos genitais femininos e MGF	6
1.5 Sequelas Resultantes da MGF.....	7
1.5.1 Consequências Físicas Resultantes da MGF.....	7
1.5.2 Consequências Psicológicas Resultantes da MGF	10
1.6 Programas de Combate à MGF.....	11
1.7 A MGF em Portugal	11
1.8 Objectivos e Hipóteses gerais do Presente Estudo	12
2. Método (Estudo 1).....	14
2.1 Participantes.....	14
2.2 Instrumentos e Procedimentos.....	16
3. Resultados (Estudo 1).....	20
3.1 Resultados para a Globalidade da Amostra.....	21
3.2 Resultados para a Amostra de Peritos.....	22
3.3 Resultados para a Amostra de Mulheres Leigas.....	23
4. Método (Estudo 2).....	26
4.3 Amostra.....	26
4.4 Instrumentos	27
4.5 Caracterização do Questionário.....	28
4.5.1 Validade e Consistência Interna da medida.....	30
4.5 Procedimentos	31

5. Resultados (Estudo 2).....	32
5.1 Análise Descritiva.....	32
5.2 Análise Comparativa.....	26
5.3 Análise Correlacional.....	26
6. Discussão.....	38
7. Referências.....	46
8. Anexos.....	49

1 - Introdução

O quinto artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovado em Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de Dezembro de 1948, consagrou que “ninguém será submetido a torturas nem a penas, ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes” (Gabinete de Documentação e Direito Comparado, 1948, Secção Assembleia Geral, par. 15). Desde então, vários tratados e acordos internacionais foram estabelecidos visando a defesa dos Direitos Humanos. De entre eles, destaca-se a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), aprovada a oito de Dezembro de 1979, na Assembleia Geral das Nações Unidas e que define a discriminação contra as mulheres como “... Qualquer distinção, exclusão ou restrição realizada baseada no sexo com o objectivo de prejudicar ou invalidar o reconhecimento, satisfação ou as actividades exercidas pelas mulheres, independentemente do seu estado civil, numa base de igualdade entre homens e mulheres, dos direitos humanos e liberdades fundamentais na politica, economia, social, cultural, civil ou em outro campo qualquer” (CEDAW, 1979, Secção Introdução, par. 2). Esta convenção permitiu identificar o que pode ser designado como discriminação contra a mulher, bem como estabelecer metas e programas com o intuito de erradicar todas as formas de discriminação baseadas no género. Esta convenção foi rectificada por cerca de 185 países que se comprometeram a combater esta forma de preconceito e discriminação, nomeadamente, de acordo com a CEDAW (1979), através da implementação de um sistema legal baseado na igualdade de género, que pune todas as formas de discriminação contra as mulheres; criação de instituições estatais que possam garantir o cumprimento da lei, assim como, assegurar a protecção da mulher contra a discriminação e por meio da abolição efectiva de todos os actos de discriminação praticados contra as mulheres, sejam eles provenientes de pessoas ou instituições.

Não obstante a criação de inúmeras medidas para protecção dos direitos humanos, por todo o mundo verificam-se sucessivos atropelos aos direitos humanos mais fundamentais. De entre eles, está o fenómeno da Mutilação Genital Feminina (MGF), que se encontra profundamente enraizada em determinadas comunidades, sendo encarada pelas mesmas como uma tradição que dizem ser *praticada pelo bem das suas filhas* (Gonçalves, 2004). Contrariamente, várias organizações para a protecção dos direitos humanos atestam que esta prática constitui uma forma de discriminação contra as mulheres, que as subjeta às

leis de uma tradição que restringe os seus direitos mais básicos, impedindo-as de desfrutar da sua sexualidade e maternidade de forma plena.

Definição e Tipos de MGF

A MGF compreende “todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outros danos aos órgãos genitais femininos, seja por razões culturais ou do foro não terapêutico” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1997, p. 3). Estima-se que esta prática já tenha vitimado 130 milhões de mulheres e crianças, sendo que anualmente este número sofre um acréscimo na ordem dos dois milhões de vítimas, de acordo com a instituição supracitada.

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

Tabela 1

Tipos de MGF tipificados pela OMS (1997)

Tipo	Descrição
Tipo I:	Excisão do prepúcio do clítoris, com excisão total ou parcial do clítoris
Tipo II:	Excisão total do clítoris com excisão parcial ou total dos pequenos lábios
Tipo III:	Excisão parcial ou total da genitália externa e sutura/estreitamento da abertura vaginal Práticas não sujeitas a classificação, tais como, procedimentos que envolvam qualquer tipo de incisão, piercing ou alongamento do clítoris e/ou lábios vaginais; cauterização por queimadura do clítoris e do tecido circundante, remoção do tecido circundante do orifício vaginal (corte angurya), corte da vagina (corte gighiri);
Tipo IV:	introdução de substâncias corrosivas na vagina ou de ervas com o propósito de causar sangramento, apertar e estreitar a vagina; todo e qualquer procedimento que não se encontra contemplado pela definição de mutilação genital feminina dada anteriormente.

Prevalência da MGF

A MGF encontra-se profundamente enraizada em cerca de 28 países Africanos, o que é perceptível através da análise dos índices de prevalência desta prática nos países mencionados de seguida na tabela 2:

Tabela 2
Prevalência de MGF em países Africanos

País	Prevalência
Benin	entre 30% e 50%;
Burkina Faso	78%;
Camarões	15%;
Chade	40%;
Costa do Marfim	44.5%;
Djibuti	entre 90% a 98%;
Eritreia	95%;
Etiópia	73% e 90%;
Gâmbia	entre 60% e 90%;
Ghana	20%;
Guiné	60%;
Guiné Bissau	45%;
Quênia	38%;
Libéria	55%;
Mali	entre 15% e 20%;
Mauritânia	55%;
Níger	11%;
Nigéria	60%;
República Central Africana	35%;
Senegal	entre 15% e 20%;
Serra Leoa	entre 80% e 90%;
Somália	99%;
Sudão	90%;
Tanzânia	18%;
Togo	12%;
Uganda	20%.

Nota: Dados da Amnistia Internacional em Portugal, 2007

Para além dos países Africanos supracitados, foram também detectados casos de MGF no Médio Oriente, Ásia, América, Austrália e Europa (nomeadamente em França, Itália, Holanda e Reino Unido). A presença de casos de MGF nestes continentes é justificada pelo fluxo das comunidades migrantes onde esta prática se encontra disseminada.

Procedimento da MGF

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

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

Vários autores fazem referência aos instrumentos utilizados para realizar o corte nos genitais, sendo nomeados de forma mais recorrente pedaços de vidro, canivetes, lâminas de barbear, tesouras, navalhas e unhas. A esterilização dos instrumentos não é de todo prioritária e a presença de anestesia neste tipo de intervenção é, na esmagadora maioria dos casos, inexistente antes, durante e após a intervenção. De acordo com Little (2003), a rapariga ou mulher é levada para um local distante e é deitada numa cama ou no chão, sendo imobilizada por outras mulheres que podem ser familiares, enquanto a mutilação decorre. Esta intervenção tem uma duração média de vinte minutos, que está dependente da experiência da excisadora, do tipo de mutilação que é executada e da resistência que a vítima exhibe ante o procedimento (OMS, 2001).

Relativamente à infibulação, de acordo com Chalmers and Hashi (2000), é importante salientar que esta prática envolve a remoção das partes mediais dos grandes lábios e a junção dos dois lados da vulva com espinhos. Uma pequena entrada é criada posteriormente através de um corpo estranho, como um pedaço de madeira, que após a cicatrização vai permitir a passagem da urina e do fluxo menstrual, segundo Epstein, Graham and Rimsza (2001). Após o procedimento, é aplicada uma mistura de ervas, leite, ovos, cinzas ou fezes de vaca com o intuito de acelerar o processo de cicatrização. Visando o mesmo efeito, frequentemente as pernas das raparigas são atadas pelo período de 40 dias

e esta é mantida à margem dos restantes membros da comunidade (Baron & Denmark, 2006). Os autores (Epstein et al, 2001) consideram que a infibulação constitui a forma mais grave de mutilação.

Motivos Subjacentes à Prática de MGF

São apresentados de forma recorrente na literatura diversos aspectos que estão subjacentes a esta prática, nomeadamente motivações de ordem religiosa, cultural, de género e crenças associadas aos órgãos sexuais femininos.

Religião e MGF

Na literatura verifica-se que a prática de MGF se encontra disseminada em diferentes religiões, tais como a Católica, Protestante, Animista e Muçulmana, sendo nesta última onde se regista um maior número de ocorrências de MGF, uma vez que existe uma crença entre os seus praticantes de que a fé islâmica possui como pré-requisito a realização de MGF (Martingo, 2007). Contudo, de acordo com Chalmers e Hashi (2000), o Corão não evidencia de forma explícita que esta prática constitui um mandamento sagrado e a MGF não é praticada por todas as comunidades islâmicas. Para além disso, de acordo com a OMS (2006), embora não exista uma opinião consensual sobre o início da realização deste procedimento, existem dados que atestam a sua realização há 5000 mil anos atrás na antiga civilização Egípcia sendo, desta forma, anterior à religião Islâmica.

Cultura e MGF

Inúmeros autores que abordam a temática da MGF salientam que existem motivos de ordem cultural que estão enraizados nestes grupos étnicos específicos, favorecendo a ocorrência e perpetuação da MGF. Gonçalves (2004) postula que a MGF é socialmente percebida como um ritual de passagem para a idade adulta que permite a integração social das meninas, bem como, fortalece a coesão social do grupo a que pertencem. A concretização desta prática garante a manutenção da honra da família da rapariga, pois a sua virgindade, bem como a legitimidade dos herdeiros está assegurada, tornando-a uma esposa *em potencial*. A rapariga passa a ser considerada pelos restantes membros da comunidade como “espiritualmente pura” (OMS, 2006, p. 5) e a sua obediência é recompensada posteriormente com a sua integração plena no seio do grupo, assim como através de manifestações de reconhecimento público. Segundo Little (2003), após a MGF é realizada uma celebração familiar, onde a rapariga é presenteada, nomeadamente com ouro, roupas e dinheiro. A autora refere que esta celebração pode ter a dimensão de um

casamento e que é percebida pela rapariga como um ritual de passagem para a idade adulta, podendo ser muito desejado por esta.

De acordo com Gonçalves (2004), a pressão social exercida sobre as raparigas para que estas se submetam à prática de MGF é uma realidade. A insubmissão leva a que sejam alvo de discriminação por parte da família, dos pares e da comunidade, vindo muito reduzidas as suas hipóteses de casamento. Esta segregação é causadora de traumas do foro psicológico na mulher (OMS, 2002). Chalmers e Hashi (2000) atestam que nestas comunidades os efeitos psicológicos de não ser mutilada podem ser mais graves do que aqueles provocados pela mutilação.

Questões de género

O motivo anteriormente focado introduz um outro factor relacionado com o estatuto social da mulher nestas comunidades que, segundo Hopkins (1999, p. 27), constitui o “cerne desta prática”. As mulheres consentem a MGF de forma a não perderem a sua rede social de suporte e o único papel social a que têm direito, o de esposas.

Crenças sobre os órgãos genitais femininos e MGF

Concomitantemente, no interior destas comunidades, existe uma multiplicidade de crenças associadas aos órgãos genitais femininos externos que justificam a sua remoção. Estes são considerados impuros, sujos, e inestéticos. Mais especificamente, o clitóris é considerado um órgão associado à masculinidade, sendo retirado para estabelecer uma diferenciação clara e inequívoca entre homens e mulheres. Algumas comunidades também consideram que o clitóris aumenta a frequência de complicações no parto, nados mortos, danos físicos e psicológicos no bebé, sendo também responsável pela cegueira de quem assiste ao parto e até mesmo da morte do marido da parturiente, segundo dados reportados pela OMS (2001).

Verifica-se também que determinados grupos étnicos consideram que a mulher desprovida da sua genitália externa é limpa, bonita e possui uma maior fertilidade, assim como uma maior probabilidade de preservação da sua castidade até ao matrimónio e de fidelidade para com o marido. Existe a crença de que a ausência de clitóris vai diminuir ou inibir o desejo sexual da mulher, tornando-a menos promíscua, sendo deste modo mais respeitada por toda a comunidade. Outra razão que justifica esta prática, do ponto de vista das comunidades, é a crença de que uma mulher mutilada proporciona ao seu marido maior prazer durante as relações sexuais.

Elgaali, Mardh et Strevens (2005) conduziram um estudo na Suécia com 220 participantes do sexo feminino, oriundas do Norte de África e que tinham sido submetidas a MGF, bem como a 95 maridos. O objectivo desta investigação era realizar uma caracterização destas mulheres, no que diz respeito à sua escolaridade, estatuto sócio-económico, sequelas decorrentes da MGF e atitudes das mulheres e respectivos maridos sobre a MGF. Constatou-se que as crenças mais recorrentes, apontadas pelos participantes, que visavam justificar a MGF eram de ordem religiosa (58%), cultural (27%) e de maior probabilidade de casamento (21%). Outras razões, como a manutenção de higiene e prevenção da promiscuidade, foram subvalorizadas pelas participantes com percentagens de 4% e 1%, respectivamente. Cerca de dez respondentes (5 % da amostra) considerou ainda não existir motivação subjacente a esta prática. Relativamente às atitudes perante a MGF, verificou-se que 69% dos participantes do sexo masculino consideraram que a MGF deveria ser erradicada. A mesma opinião foi partilhada por somente 35% das participantes do sexo feminino. Nenhum dos participantes do sexo masculino considerou que a MGF se deveria manter nos moldes actuais, contra 20% de mulheres que manifestaram uma atitude contrária. Verificou-se também que 36% das mulheres consideraram que este procedimento se deveria manter mas com alterações, sendo que este ponto de vista foi partilhado por cerca de 26% dos respondentes do sexo masculino.

Sequelas Resultantes da MGF

A MGF, uma vez concretizada, é irreversível e acarreta inúmeras consequências físicas e psicológicas a curto, médio e longo prazo. Segundo Baron e Denmark (2006), a gravidade das sequelas adquiridas podem variar conforme o tipo de mutilação que é praticada, as condições em que é realizada, a experiência da excisadora, bem como a resistência que a rapariga apresenta e a propensão da mesma para contrair infecções. Neste sentido, são apresentados estudos que explicitam alguns dos efeitos adversos da MGF para a saúde da mulher.

Consequências Físicas Resultantes da MGF

Chalmers e Hashi (2000) realizaram um estudo no Canadá com mulheres que sofreram MGF – sendo que 96% das participantes tinha sofrido infibulação – e que tinham tido filhos naquele país, nos últimos cinco anos. Esta investigação visava aceder às percepções das mulheres sobre os cuidados de saúde que lhes foram prestados durante a gravidez e o parto, assim como à sua experiência pessoal sobre a MGF. Os autores referenciados

consideravam que a informação obtida a partir deste estudo permitiria contribuir para uma prestação de cuidados de saúde mais eficientes e adequados para mulheres mutiladas. No que diz respeito às consequências imediatas sofridas, as participantes relataram as seguintes sequelas:

- 87.3% relataram que sentiram dor intensa;
- 81.3% afirmaram ter ocorrido sangramento;
- 70.1% sofreram retenção do fluxo menstrual e da urina;
- 49.8% relataram a ocorrência de edemas ou inflamação;
- 36.6% sofreram infecções.

Relativamente às consequências a longo prazo, constatou-se que:

- 78.2% afirmaram que as relações sexuais eram dolorosas;
- 74.3% possuíam menstruações dolorosas;
- 62.3% apresentavam rasgões no períneo;
- 54.2% possuíam danos de cicatrização no períneo;
- 32.9% afirmaram possuir retenção urinária;
- 23.8% sofreram infecções;
- 21.7% relataram ter sofrido infecções pélvicas;
- 24.3% afirmaram a ocorrência de quistos no períneo.

Este estudo revelou ainda que 67.8% das mulheres considerava que a sua primeira relação sexual foi pior do que o previsto. Relativamente ao prazer sexual, 29.4% e 36.6% atestaram que não sentem prazer durante o acto sexual e que são indiferentes ao mesmo, respectivamente. Somente 3.8% das participantes afirmam “gostar muito” do acto sexual. Este estudo permitiu verificar também que as mulheres associavam as relações sexuais maioritariamente a dor (68.8%), timidez (74.5%) e medo (30.3%).

De acordo com Chalmers and Hashi (2000), a infibulação acarreta uma barreira física, formada pela cicatriz, que dificulta as relações sexuais. Consequentemente, para permitir uma penetração vaginal completa, o órgão sexual feminino pode ter de sofrer uma dilatação gradual, realizada pelo marido, que pode levar meses. Os autores referem ainda que, se este procedimento não resultar, a mulher pode ser novamente cortada, sendo que esta prática se denomina por defibulação. Little (2003) refere que pode ser realizada pelo marido ou por outros familiares, sendo o instrumento é mais comum para a sua realização uma faca. As mulheres infibuladas também podem ter de ser defibuladas novamente

durante o parto, com o objectivo de viabilizar o parto vaginal. Caso a mulher não possua assistência adequada para efectuar este procedimento, podem ocorrer graves consequências para o feto e para a mãe, decorrentes do estreitamento do canal vaginal (Little, 2003). Após o nascimento do bebé, estas mulheres são submetidas a uma reinfibulação, que consiste na sutura do tecido que foi cortado para permitir o parto, repondo desta forma a infibulação. Verifica-se que este tipo de mutilação eleva ainda, durante o parto, o risco de hemorragias, infecções, o risco de morte da parturiente e de nados mortos (OMS, 2001). No estudo de Chalmers e Hashi (2000) constatou-se que 50.5 % das participantes recorreram a cesariana.

Noutro estudo, realizado por Elgaali, Mardh e Strevens (2005), 10% das participantes refere como consequências imediatas da MGF hemorragia intensa, processo de cicatrização prolongado, infecções locais, infecções do tracto urinário e septicemia. No que diz respeito às sequelas a longo prazo, 13% indicaram a formação de quistos, queiloídes e infecções locais recorrentes, assim como dispareunia.

Lundberg e Gerezgiher (2008) conduziram um estudo qualitativo com 15 mulheres imigrantes na Suécia e cujo país de origem era a Eritreia. As participantes tinham sido submetidas à MGF e o objectivo da investigação era perceber como estas mulheres vivenciavam a gravidez, o parto e o pós-parto. Os dados recolhidos, através de entrevistas, permitiram inferir que a dor intensa é algo que as acompanha para sempre após a realização da MGF, nomeadamente aquando da primeira relação sexual, durante a realização de exames pélvicos, no parto e no pós-parto. Esta dor é vivida em silêncio visto que a partilha deste sintoma com outros membros da comunidade é considerado um acto vergonhoso. O período do pós-parto, segundo as participantes, é marcado por inúmeras complicações, tais como feridas infectadas, sangramento, incontinência urinária, infecções e lentidão no processo de cicatrização.

Outras possíveis complicações físicas imediatas salientadas pela OMS (2001) são o choque hemorrágico, tétano, anemia devido à excessiva perda de sangue, contágio do vírus HIV (que se deve à utilização de instrumentos não esterilizados) e infecções que podem conduzir à morte. A longo prazo, as vítimas de MGF podem ainda estar sujeitas ao aparecimento de infecções recorrentes no tracto urinário, abscessos, fístulas, formação de queiloídes, haematocolpos – acumulação de fluxo menstrual na vagina –, vaginismo, outras disfunções sexuais e infertilidade.

Consequências Psicológicas Resultantes da MGF

No que diz respeito às consequências psicológicas provocadas pela MGF, a OMS (2001) faz referência a perturbações psicológicas e psicossomáticas que se traduzem em problemas comportamentais, alimentares e do sono. Para algumas raparigas, a vivência da MGF tem repercussões comparáveis às da experiência de uma violação. A AIP (2007), por seu turno, foca a perda de confiança nos seus familiares e na comunidade em geral, que pode comprometer a qualidade das relações íntimas que a mulher estabelece no futuro, inclusivamente com os filhos. São evidenciados também sentimentos de traição, terror e humilhação por parte das vítimas, sendo que muitas assumem comportamentos dóceis e de submissão muito valorizados no interior destas comunidades em consequência do trauma provocado pela MGF (AIP, 2007) e sofrem em silêncio por não serem capazes de expressar o seu sofrimento.

Na investigação conduzida por Lundberg e Gereziher (2008) apurou-se, através da análise dos dados obtidos, que a gravidez é vivenciada pelas participantes do estudo com medo e ansiedade. Estes sentimentos derivam, sobretudo, do medo dos riscos que podem advir do parto, tanto para si como para o seu filho e da falta de informação que possuem acerca do parto.

Em 2007, Elnashar e Abdelhady estudaram o impacto do corte dos genitais femininos na saúde física e mental de mulheres recém-casadas. A amostra era constituída por 264 participantes, sendo que 75.8% destas tinham sido submetidas à MGF. No que diz respeito aos efeitos psicológicos resultantes da MGF, este estudo veio confirmar que existem diferenças significativas entre mulheres mutiladas e não mutiladas. As primeiras demonstraram ser mais susceptíveis a problemas psicológicos tais como somatização, ansiedade e fobia. Porém, não se registaram diferenças significativas para os sintomas de hostilidade e depressão. É importante salientar também que 43% das mulheres mutiladas se encontra de um modo geral insatisfeita, assim como 17.5% sente que o seu conjugê partilha do mesmo sentimento. No âmbito do mesmo estudo, verificou-se ainda que os níveis de insatisfação são maiores e significativos para as mulheres mutiladas.

Esta prática, de acordo com a OMS (2001), priva a mulher do direito à sua integridade física, vivência da sexualidade e maternidade de uma forma plena, constituindo uma prática degradante e cruel que põe em risco a sua vida em favor de uma tradição que a subjuga e restringe simultaneamente o seu direito ao livre arbítrio.

Programas de Combate à MGF

O combate pela erradicação da MGF perdura há 25 anos e tem sido executado por organizações governamentais e não-governamentais como a OMS, a UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para as populações (UNFPA), a Amnistia Internacional (AI), entre outras instituições, que ao longo do tempo conseguiram estabelecer diversos tratados internacionais que proíbem a realização da MGF e introduzir, na maioria dos países onde esta prática vigora, legislação específica que a criminaliza. Porém, estas acções têm-se revelado insuficientes na eliminação da MGF. Neste sentido, têm sido desenvolvidos inúmeros programas de prevenção e intervenção no terreno com os grupos étnicos em que esta prática persiste. As estratégias que têm sido bem sucedidas, de acordo com a OMS (2006), envolvem:

- Criação de rituais alternativos de passagem à idade adulta que mantêm o ritual e o significado simbólico associado à MGF, que se traduz na passagem da infância para idade adulta, excluindo a mutilação propriamente dita – fanado alternativo;
- Desencorajamento da prática através da mediatização da problemática e do diálogo com as comunidades, líderes políticos, religiosos e outros detentores de poder informal junto da comunidade, que se baseia na informação sobre os riscos e complicações resultantes da MGF para a saúde física e psicológica da mulher a curto e a longo prazo;
- Sensibilização e formação de profissionais de saúde competentes para intervir eficazmente junto de pacientes vítimas de MGF;
- *Empowerment* das mulheres dentro das comunidades através da promoção do seu acesso à educação, a serviços de saúde e à melhoria das suas condições de vida.

A MGF em Portugal

É importante destacar a pertinência desta investigação no nosso país. Esta advém do facto de a OMS ter considerado Portugal um país de risco relativamente à prática de MGF, devido ao aumento do fluxo de imigrantes provenientes de países onde esta prática é recorrente, bem como à lacuna existente a nível nacional no que reporta a uma legislação específica que criminalize a MGF. Esta prática está apenas prevista no Artigo 144 do Código Penal que condena os danos à integridade física grave dos indivíduos (no sentido

lato), sendo que os imputados incorrem numa pena compreendida entre os dois aos doze anos.

Porém, mesmo se a prática de MGF não se realizar em solo Português e estiver confinada aos países de origem das comunidades imigrantes, importa, em primeiro lugar, assegurar às mulheres imigrantes que residem em Portugal cuidados médicos adequados às suas necessidades específicas, bem como desenvolver estratégias de intervenção com o intuito de minimizar, na medida do possível, as consequências físicas e psicológicas resultantes da MGF, conferindo a estas mulheres uma maior qualidade de vida.

No âmbito do estudo realizado por Chalmers e Hashi (2000), verificou-se que 87.5% das mulheres ouviram comentários negativos durante o parto, que foram realizados pelos profissionais de saúde, que incluíam verbalizações de surpresa e expressões não verbais de surpresa. Cerca de 55.1% relataram que foram olhadas com nojo e 57.4% consideraram que a sua cultura não foi respeitada. Deste modo, o estudo referenciado alertou para as carências exibidas por este país que acolhe mulheres vítimas de MGF ao nível da falta de conhecimento e capacidade dos profissionais de saúde, percebida pelas mulheres, para cuidar de pacientes com MGF, assim como a pouca sensibilidade cultural exibida pelos mesmos perante as mulheres. Neste contexto, os autores salientaram a necessidade de formar profissionais de saúde, assim como as mulheres mutiladas na área da MGF.

Neste contexto, sabendo que o número de imigrantes onde esta prática é comum está a aumentar em Portugal, é importante a realização de estudos com os profissionais de saúde, de forma a dar a conhecer o tema da MGF, a obter informações relativamente às suas atitudes sobre esta prática, a verificar o seu nível de conhecimento e de formação na área, bem como a sua experiência profissional com mulheres vítimas de MGF.

Objectivos e Hipóteses gerais do Presente Estudo

Partindo do racional teórico desenvolvido anteriormente, verifica-se que esta temática tem sido amplamente desenvolvida em anos recentes. Com a crescente atenção social e política, surgiu e cresceu o interesse científico sobre o seu estudo teórico e aplicado. Como já foi referido, existem vários estudos sobre as motivações subjacentes à MGF, nomeadamente teorias que sustentam que a existência e continuidade da MGF se deve sobretudo a questões do foro religioso, cultural, psicossocial e a crenças sobre os órgãos sexuais femininos. Neste sentido, os objectivos que o presente estudo pretende alcançar remetem para a compreensão do ritual do Fanado em Portugal, enquanto fenómeno

primordial para integração da mulher no seu grupo de pertença, tal como aceder às percepções de mulheres vítimas de MGF e de peritos comunitários relativamente à MGF, observando que aspectos relativos esta prática são mais relevantes e enfatizados. Os padrões de pensamento que emergirem sobre a MGF possibilitarão, por sua vez, a formulação de dimensões de análise deste fenómeno, do ponto de vista da comunidade. Posteriormente, com base nas dimensões identificadas, esperamos propor estratégias alternativas eficazes para combater a Mutilação Genital Feminina em Portugal e contribuir para aperfeiçoar as estratégias que são presentemente utilizadas com o intuito de erradicar esta prática.

Para além disso, visamos igualmente aceder às atitudes dos profissionais de saúde em Portugal sobre a MGF, bem como ao tipo de formação, prática e experiência profissional que possuem neste âmbito. Neste sentido, é esperado que, de um modo geral, as atitudes dos profissionais relativamente à MGF sejam negativas, visto que esta prática é socialmente condenável; que a percentagem de profissionais de saúde com formação especializada em MGF seja reduzida, bem como a experiência de assistência de pacientes com sequelas físicas resultantes da MGF. Espera-se, igualmente, que as atitudes gerais e específicas perante a MGF sejam diferentes entre os sexos. Mais concretamente, propomos que as mulheres irão evidenciar atitudes mais negativas, do que os elementos do sexo masculino, devido a uma maior identificação sentida pelas participantes para com vítimas de MGF. Prevê-se ainda que existam diferenças ao nível da formação em MGF entre médicos e enfermeiros, sendo que se espera que os médicos possuam uma maior formação nesta área. Por fim, prevê-se que as atitudes gerais estejam positivamente correlacionadas com a formação em MGF e com as atitudes específicas. Esta hipótese decorre da noção de que muitas das nossas atitudes são influenciadas pela formação que possuímos. Pretendeu-se, através deste estudo, contribuir para a identificação de competências passíveis de serem desenvolvidas junto dos profissionais de saúde de modo a proporcionar às pacientes vítimas de MGF uma assistência médica adequada às suas necessidades.

Visando a consecução destes objectivos, foram desenvolvidos dois estudos distintos, de carácter qualitativo e quantitativo, respectivamente, e que são desenvolvidos em seguida.

2 - Método

*Estudo 1**Participantes*

A amostra do estudo foi composta por um total de oito participantes, divididos em 2 subgrupos que estão mencionados abaixo nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3

Amostra de Peritos

	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Origem</i>	Habilitações Literárias
Perito 1	58	Feminino	Portugal	Ensino Superior
Perito 2	62	Masculino	Guiné	Ensino Básico
Perito 3	55	Masculino	Guiné	Ensino Médio
Perito 4	45	Masculino	Moçambique	Ensino Superior

Tabela 4

Amostra de Mulheres

	<i>Idade</i>	<i>Origem</i>	Habilitações Literárias	Estado Civil e Número de filhos
Participante 1	65	Guiné	Sem Habilitações Literárias	Viúva/Sete filhos
Participante 2	50	Guiné	Sem Habilitações Literárias	Viúva/Três filhos
Participante 3	47	Guiné	Sem Habilitações Literárias	Casada/ Três filhos
Participante 4	28	Guiné	Ensino Obrigatório	Solteira/Um filho

Conforme as tabelas 3 e 4, verifica-se que os participantes do estudo foram referenciados de duas formas distintas: peritos e mulheres leigas. A amostra de peritos foi

constituída por uma conselheira técnica de um projecto de combate à MGF na Guiné, pelos líderes da associação *Uallado folai* e da associação *Centro Português de Estudos Árabe-Pulaar e Cultura Islâmica*, assim como pelo Imã da Mesquita Central de Lisboa.

Relativamente à amostra de mulheres leigas, esta foi composta por quatro entrevistadas que haviam sido sujeitas a MGF.

É importante salientar que este estudo contempla somente o testemunho de quatro mulheres, visto que esta prática está envolta em secretismo, existindo a crença de que aqueles que falarem sobre a MGF com pessoas que não fazem parte da comunidade estão sujeitos a castigos divinos. Este facto reduziu a disponibilidade das mulheres para dar um testemunho formal enquanto vítimas de MGF. As mulheres que se disponibilizaram a testemunhar foram recrutadas através de um dos peritos que mantinha contacto com as mesmas, tendo havido um contacto prévio da sua parte com as mulheres. Relativamente aos peritos, estes foram recrutados primeiramente através de uma carta que foi enviada a várias associações muçulmanas existentes em Portugal, que faziam parte de uma base de dados da AIP a que tivemos acesso, bem como ao Imã da Mesquita Central de Lisboa, a solicitar a sua participação num estudo sobre MGF, no âmbito de uma tese de mestrado. Numa fase posterior foi estabelecido um contacto telefónico com todas as entidades para as quais tínhamos enviado as cartas e foi averiguada a disponibilidade das mesmas para participarem num estudo sobre MGF. Duas associações responderam afirmativamente à solicitação que foi feita, sendo que na prática somente o presidente da associação *Centro Português de Estudos Árabe-Pulaar e Cultura Islâmica* participou efectivamente no estudo, concedendo uma entrevista. O Imã da Mesquita Central de Lisboa aceitou a colaborar com este estudo após um contacto por carta em que era solicitada a sua participação neste estudo. Este perito concebeu o contacto da conselheira técnica que, posteriormente, também veio integrar a amostra de peritos do estudo. A pertinência da recolha do testemunho deste último perito prende-se com a sua experiência no terreno num projecto com mulheres Guineenses vítimas de MGF, constituindo um projecto altamente inovador na medida em que foi o primeiro a implementar o fanado alternativo.

É importante salientar ainda que foi garantido, a todos os participantes, o seu anonimato, bem como a confidencialidade das informações obtidas que serão somente divulgadas para efeitos de estudo, não sendo mencionada a identidade dos participantes, de acordo com os códigos éticos e normas da Associação de psicologia Americana (APA, 2002) e da Federação Europeia de Associações de Psicólogos (FEAP, 1995). Contudo, este

anonimato não contemplou os peritos que integraram a amostra, visto que todos de forma voluntária aceitaram ser identificados nesta investigação, sendo que esta opção teve o intuito de demonstrar solidariedade para com as mulheres mutiladas.

Instrumentos e Procedimento

A recolha de dados foi realizada através de oito entrevistas individuais semi-estruturadas que decorreram entre Abril e Junho de 2008. O guião das entrevistas realizadas com os peritos foi formulado com base na literatura sobre a MGF e de acordo com os objectivos que o estudo pretendeu atingir. Relativamente ao guião construído para as mulheres leigas, este foi construído, inicialmente, com base nos mesmos pressupostos das entrevistas anteriores. Porém, posteriormente, o guião sofreu alterações com vista a um melhoramento do mesmo e contou com a participação da conselheira técnica que integrou a amostra de peritos. Devido à sua experiência no terreno com mulheres Guineenses vítimas de MGF, este perito teve em consideração aspectos como as dificuldades de expressão das mulheres na língua Portuguesa e encontrava-se também sensibilizado para as questões éticas e culturais subjacentes à temática da MGF. Em termos práticos, algumas das questões que haviam sido formuladas numa fase inicial foram consideradas, por este perito, como inibidoras e causadoras de constrangimento para as mulheres. A participação deste perito na formulação do guião visou abordar o tema da MGF da forma menos intrusiva e intimidatória possível, não comprometendo os objectivos da investigação. Neste contexto, foi sugerido pelo mesmo perito a adopção de uma linguagem neutra relativamente à MGF, pois o termo “Mutilação Genital Feminina” é, só por si, valorativo e poderá fragilizar, bem como dificultar qualquer intervenção delineada cujo alvo sejam as comunidades que praticam MGF. Assim, tendo em conta a amostra do estudo, adoptou-se uma terminologia adequada ao contexto, sendo que o termo MGF foi substituído por corte ou excisão para a amostra de mulheres.

As entrevistas com os líderes associativos e com o Imã possuíam o guião apresentado em seguida na tabela 5.

Tabela 5

Guião de entrevista aos peritos

-
- Qual a sua opinião sobre a excisão?
 - Na sua opinião, qual a percentagem de mulheres dentro da comunidade são submetidas a excisão?
 - Qual a importância que a comunidade atribui à excisão?
 - Como é vista a mulher mutilada pela comunidade? E a não mutilada?
 - Do seu ponto de vista, quais os motivos que influenciam a existência e a perpetuação desta prática em vários países?
 - O que sabem as mulheres e os restantes membros da comunidade sobre as consequências físicas e psicológicas da MGF?
 - Na sua opinião, o que pensa que seria importante para os profissionais de saúde saberem sobre a MGF que ainda não têm conhecimento?
-

Por seu turno, a entrevista com a conselheira técnica englobou as questões adicionais mencionadas na tabela 6:

Tabela 6

Questões adicionais que integram o guião da conselheira técnica

-
- Fale-me um pouco do seu percurso profissional na área da mutilação genital feminina.
 - A Organização Mundial de Saúde combate há cerca de 25 anos a Mutilação Genital Feminina. Na sua opinião, qual o principal obstáculo que tem impedido a erradicação da Mutilação Genital Feminina?
 - A UNICEF em 2005 realizou um estudo sobre Mutilação Genital feminina onde é afirmado e passo a citar: “com o empenhamento e apoio adequados, este costume milenar pode ser eliminado no espaço de uma geração”. Comente esta afirmação.
-

As entrevistas realizadas às participantes vítimas de MGF possuíam o guião apresentado em baixo na tabela 7.

Tabela 7

Guião de entrevista às mulheres leigas

-
- O que é o fanado?
 - Qual a importância do fanado na vossa comunidade?
 - E o corte? Que importância possui para a vossa comunidade?
 - Habitualmente, o fanado acontece em que fase da vida da mulher?
 - Quem é o responsável pelo fanado?
 - Se ocorre algum problema durante ou após a realização do fanado, o que fazem à menina?
 - Como é a festa de encerramento do fanado?
 - Como são tratadas pela comunidade as meninas que não vão ao fanado?
 - Como são tratadas pela comunidade as meninas que vão ao fanado?
-

Um aspecto a salientar neste estudo e que constitui, simultaneamente, uma limitação do mesmo, advém do facto de que o método de recolha de dados inicialmente proposto para as mulheres leigas era o grupo focal, tendo sido posteriormente modificado para a entrevista individual. Esta alteração decorreu do facto de existirem poucas mulheres vítimas de MGF dispostas a dar o seu testemunho. A fraca adesão deveu-se essencialmente a questões culturais que assentam no pressuposto de que este assunto só deve ser abordado dentro da comunidade. Esta modificação de método de recolha de dados pode influenciar leitura dos resultados em termos da sua representatividade e consequente generalização devido à amostra reduzida, bem como na própria natureza da metodologia qualitativa, já que as entrevistas individuais são distintas dos grupos focais, apresentando vantagens e desvantagens em relação a estes. De qualquer modo, dado a natureza do tema da investigação e a população em estudo, revelou-se mais adequada à realização de entrevistas individuais.

De acordo com Bryman (2004), a entrevista constitui uma técnica que possibilita a recolha, por parte do entrevistador, de informações precisas e detalhadas sobre normas, atitudes, crenças ou comportamentos sobre o próprio entrevistado ou acerca de outrem. De entre os vários tipos de entrevistas existentes, foi escolhido para o presente estudo um

modelo de entrevista semi-estruturada, no qual existe um conjunto de perguntas pré-determinadas. Porém, a ordem de formulação das mesmas não é rígida e permite simultaneamente ao entrevistador realizar perguntas não equacionadas à partida, mas que com o decorrer da interacção se revelam pertinentes para os objectivos a que o estudo se propõe. A fim de maximizar as vantagens deste método de recolha de dados, salienta-se que o entrevistador deverá possuir experiência na execução de entrevistas de modo a evitar ou minimizar o efeito de variáveis como a ansiedade do entrevistado, o rigor na formulação das questões, o contexto em que se desenrola a entrevista, a sua postura enquanto entrevistador, entre outras.

Apesar do método de recolha de dados ter sido modificado em função das condicionantes do estudo, é importante salientar as vantagens da realização dos grupos focais em detrimento da entrevista. De acordo com Krueger (1994), os grupos focais decorrem num contexto agradável e não ameaçador sendo possível de extrair não só as opiniões individuais de cada membro do grupo focal, assim como as assumpções que surgem com o decorrer da interacção em resultado da influência que os participantes exercem entre si. Consequentemente, estes atributos referenciados, quando devidamente conjugados, encorajam os participantes a uma maior exposição, auto-revelação e expressão de emoções que, por vezes, não emerge em outras formas de entrevista.

Após o período de recolha de dados, as entrevistas foram transcritas e analisadas, de forma qualitativa, através do programa Atlas-ti 5.2, tendo sido utilizada uma codificação aberta baseada na *Grounded Theory* proposta por Glaser e Corbin (1967). Os autores postulam que a *Grounded Theory* “é aquela que é derivada indutivamente do estudo do fenómeno que representa. Deste modo, é descoberta, desenvolvida e verificada provisoriamente através de uma sistemática recolha e análise de dados” (Strauss & Corbin, 1990, pag. 23). Em suma, este método de análise pretende desenvolver teorias que emergem a partir dos dados sobre um determinado fenómeno ou acontecimento, que são recolhidos e analisados pelo investigador, não existindo teorias de referência ou categorias predeterminadas. Os dados recolhidos são sujeitos a uma codificação aberta que consiste num processo em que as palavras, frases ou parágrafos de um texto transcrito são minuciosamente analisadas e posteriormente as unidades de análise são comparadas, conceptualizadas e categorizadas, sendo que estas categorias devem reflectir padrões de pensamento sobre o fenómeno em estudo (Strauss & Corbin, 1990). A análise entre participantes foi efectuada de acordo com Miles e Huberman (1994) de forma a descrever

temas e padrões entre casos, utilizando a sua frequência através da abordagem de Hill, Thompson e Williams (1997): geral (para classificação de uma categoria presente em todos os participantes); típica (para classificação de uma categoria presente em N-1 até ½) e variante (presente em menos de metade das entrevistas).

3 - Resultados

Da análise efectuada aos dados dos participantes foi possível extrair um total de 23 categorias, sendo que 19 categorias foram criadas no contexto da análise das entrevistas aos peritos e 11 categorias provenientes das entrevistas às mulheres leigas. É importante referir que três categorias que possuíam somente uma ou duas respostas não foram alvo de análise. Os resultados obtidos, através da análise qualitativa dos dados recolhidos, estão representados na tabela 8, que exhibe a estrutura categorial final.

Tabela 8
Categorias Gerais, Típicas e Variantes

Categorias	Amostra Total (N = 8)	Peritos (N = 4)	Mulheres leigas (N = 4)
Alienação de responsabilidade	Variante	Variante	Variante
Avaliação negativa da MGF/corte	Típica	Geral	Variante
Carácter obrigatório da MGF/corte/fanado	Variante	Variante	Típica
Caracterização da fanateca	Típica	Nenhuma	Geral
Competência dos técnicos de saúde	Variante	Variante	Nenhuma
Conhecimento dos técnicos de saúde sobre a MGF	Nenhuma	Variante	Nenhuma
Consequências da recusa do corte/fanado	Típica	Típica	Geral
Consequências físicas resultantes da MGF/corte	Típica	Variante	Típica
Cuidados prestados à menina mutilada pela comunidade	Típica	Nenhuma	Geral
Entidades que devem auxiliar no combate à erradicação da MGF	Variante	Típica	Nenhuma
Falta de conhecimento da comunidade sobre as consequências da MGF	Típica	Geral	Nenhuma
Idade em que a menina vai ao fanado	Típica	Nenhuma	Geral
Ilegalidade da MGF	Variante	Variante	Nenhuma

Importância da realização da MGF/corte/fanado	Típica	Típica	Geral
Motivação para combater a MGF	Variante	Variante	Nenhuma
Obstáculos à erradicação da MGF	Variante	Típica	Nenhuma
Papel dos técnicos de saúde	Variante	Típica	Nenhuma
Percepção da mulher mutilada	Típica	Típica	Geral
Recompensa pela ida ao fanado	Típica	Nenhuma	Geral
Relação entre MGF e religião	Variante	Típica	Nenhuma
Relação entre MGF e tradição	Variante	Variante	Nenhuma

Nota. Para a amostra total, Geral = 8, Típica = 4 – 7, Variante = 1 – 3; para os participantes peritos, Geral = 4, Típica = 3 – 2, Variante = 1; para as mulheres participantes, Geral = 4, Típica = 3 – 2, Variante = 1.

Globalmente, nenhuma das categorias extraídas foi referenciada por todos os participantes, não existindo, deste modo, uma categoria passível de ser designada como geral para a globalidade da amostra, como é sugerido por Hill et al. (1997). Foram nomeadas como típicas as categorias que foram referenciadas por 4 a 7 dos participantes e as mencionadas por 1 a 3 dos participantes foram designadas como variantes. Dentro da amostra de peritos, catalogaram-se como categorias gerais os temas presentes em todos os respondentes, como típicas as categorias que foram referenciadas por três ou dois participantes, enquanto que aquelas utilizadas somente por um perito foram designadas como variantes. Para a amostra de mulheres, as categorias foram nomeadas de forma análoga à dos peritos. Seguidamente, foi realizada uma análise mais detalhada dos dados que possibilitou uma descrição de todas as categorias típicas e de algumas variantes e que incluiu citações de participantes do estudo.

Resultados para a Globalidade da Amostra

Tipicamente, os participantes avaliaram a MGF/Corte/Fanado de forma negativa, sendo que um dos respondentes manifestou a sua opinião sobre a MGF do seguinte modo: “...qualquer mutilação, seja ela qual for, é absolutamente condenável à luz dos Direitos Humanos, à luz da cidadania, à luz da humanidade; uma mutilação é uma mutilação e é absolutamente irreversível.” Simultaneamente, muitos peritos realizaram a caracterização da *fanateca*, bem como referiram as consequências da recusa do corte/fanado e neste sentido uma das mulheres atestou que: “...se não fazem o fanado no meio muçulmano, estão todos condenados e não podem fazer nada...não podem cozinhar... e se uma pessoa morre, não a podem velar...não pode entrar na sociedade, não pode fazer nada e as pessoas

por vergonha entram nessa coisa.” Outro participante apontou para o facto de que: “as meninas que não são mutiladas perdem mais-valia, ou seja, terão dificuldade em arranjar marido porque os homens muçulmanos vão querer mulheres que foram mutiladas.” Para além disso, os participantes mencionaram, ainda, frequentemente as consequências físicas resultantes da MGF/corte tais como “hemorragias” que foi relatado por uma das participantes, a título de exemplo. Foi, igualmente, salientado por muitos respondentes a falta de conhecimento da comunidade sobre as consequências que advêm da MGF e identificada a idade em que a menina vai ao fanado (que em média ronda os sete anos) e as recompensas oferecidas às meninas pela participação no Fanado. Uma das participantes atestou que as meninas, na festa de encerramento do fanado, recebem como recompensa “prendas, roupa e dinheiro e sapatos”. Outro aspecto a salientar destes resultados é o facto de a importância da realização do Corte/MGF/Fanado para a comunidade ter sido mencionada frequentemente, sendo que neste contexto um dos participantes relatou que a importância deste acto se prende com: “...o poder estar dentro da sociedade islâmica, ser aceite, este é o problema. A mentalidade é que a pessoa que não é mutilada é impura, e então não é aceite pela sociedade e pelos próprios homens.” A análise dos dados permitiu ainda constatar que a percepção da mulher mutilada por parte da comunidade foi frequentemente caracterizada pelos respondentes, sendo que segundo o testemunho de um dos respondentes “a mulher mutilada é uma santa”, assim como são “mais respeitadas pela sociedade...toda a gente gosta delas”, de acordo com o parecer de outro participante.

De um modo geral, poucos participantes fizeram referência à alienação de responsabilidade da comunidade face às consequências da MGF, sendo que esta categoria reporta para o facto de a comunidade não se responsabilizar pelos danos físicos e psicológicos decorrentes da MGF, atribuindo estas consequências essencialmente a fenómenos sobrenaturais. Outros aspectos como o carácter obrigatório do Corte/MGF/Fanado, o papel das entidades que podem auxiliar na erradicação da MGF, a motivação para combater a MGF, os obstáculos à erradicação da MGF, o papel dos técnicos de saúde na problemática da MGF, assim como a relação existente entre a MGF e a religião também foram raramente citados.

Resultados para a Amostra de Peritos

Dentro da amostra de peritos emergiram duas categorias gerais, isto é, que foram mencionadas por todos os elementos desta amostra. Em primeiro lugar, os quatro

respondentes avaliaram a MGF de uma forma negativa. Simultaneamente, os peritos identificaram a falta de conhecimento da comunidade sobre as consequências da MGF, sendo um exemplo ilustrativo dessa opinião consensual a seguinte citação: “Não sabem rigorosamente quase nada”.

Adicionalmente, os participantes mencionaram frequentemente as consequências da recusa do Corte/Fanado, a percepção que a comunidade possui da mulher mutilada e as entidades que auxiliam no combate à MGF. Um dos peritos, que mencionou esta última categoria, expressou a sua opinião da seguinte forma: “...os governos Africanos, organizações nacionais, locais e internacionais estão a lutar cada vez mais para acabar com isso, porque não é fácil...”. Muitos peritos salientaram, ainda, a importância da realização da MGF para a comunidade, bem como os obstáculos à erradicação da MGF, sendo apresentado em seguida um exemplo ilustrativo das barreiras que dificultam o combate à MGF: “A tradição, ou seja, porque a mutilação é um preceito de tradição, sendo de tradição é um processo muito longo.” Foi, simultaneamente, identificado de forma típica pelos respondentes o papel dos técnicos de saúde na problemática da MGF e, neste sentido, um dos peritos manifestou a necessidade de: “...formação e mais concretamente às ginecologistas porque são aquelas que têm contacto mais directo”. Por fim, foi mencionada com muita frequência, pelos respondentes, a relação entre MGF e religião. Um dos peritos sintetizou esta relação do seguinte modo: “as pessoas erradamente associam a mutilação ao Islão (...) a mutilação não está no Islão...não é um preceito islâmico”.

Contrariamente, poucos foram os peritos que mencionaram a alienação de responsabilidade face às consequências resultantes da MGF. Neste contexto, um dos peritos atestou que: “...sempre que acontece qualquer coisa, mesmo que uma criança morra durante o ritual de iniciação, seja qualquer ritual de iniciação, rapaz ou rapariga, se algum jovem morre durante o ritual de iniciação, a comunidade tem de desculpabilizar-se imediatamente senão não aguentam, as comunidades têm de se desculpabilizar destas situações, portanto, a culpa...entre aspas... a razão é porque algumas forças misteriosas assim o entenderam.” Foram identificadas, igualmente com pouca frequência, as consequências físicas resultantes da MGF. Neste sentido, um dos peritos mencionou os seguintes danos “partos difíceis (...) e relações sexuais dolorosas”. Outro aspecto raramente referenciado foi a motivação para combater a MGF que está patente neste testemunho ilustrativo: “...nós devemos realizar muitos encontros sobre este tema e

falarmos sobre este tema e chamarmos as pessoas para explicar para as pessoas ficarem sensibilizadas para as consequências desta prática”.

Resultados para a Amostra de Mulheres Leigas

No que concerne a esta amostra, foi possível verificar a existência de sete categorias gerais. Assim, foi realizada de um modo transversal a caracterização da *fanateca*, sendo que uma das participantes relata que: “São senhoras mais velhas que a sociedade respeita muito...têm poderes...”. As consequências da recusa do Corte/Fanado foram também referenciadas por todas as participantes. Num dos testemunhos verificou-se que as mulheres que não realizam o Corte/Fanado “são mal tratadas (...) é triste não têm voz, não podem falar nada e então as pessoas sentem-se mal e vão fazer”. Outro aspecto que referido de modo geral foi a importância da realização do Corte/Fanado para a comunidade e que, de acordo com o testemunho de uma das participantes, ao facto de “os homens gostarem de mulheres que foram ao fanado”. A percepção da mulher mutilada por parte da comunidade foi de igual modo descrita por todas as mulheres, sendo que uma atribuiu o seguinte perfil às mulheres mutiladas “Podem estar dentro da sociedade sem problema, as pessoas têm respeito pela mulher que vai ao fanado, comem a comida dela, vão a casa dela e gostam dela... é normal...”. De igual forma, a totalidade das participantes relatou os cuidados que são prestados às meninas pela comunidade, após a realização da MGF, sendo referido por uma das respondentes que: “Se acontece alguma coisa à menina, deixam lá em casa, não levam ao médico e não fazem nada; vão buscar umas folhas ou raízes para curar a ferida com água quente para servir de curativo e às vezes a menina morre...”. A idade com que as meninas vão ao fanado é também mencionada de forma transversal, sendo estabelecida por uma das participantes a um intervalo de idades em que a MGF é passível de acontecer: “...a partir dos quatro anos até aos dez ou onze anos...”. Finalmente, são divulgadas pelas respondentes as recompensas dadas às meninas que vão ao Fanado e relativamente a estas ofertas um dos testemunhos esclarece que: “Os pais compram roupa e sapatos para vestirem no dia do fanado, e eles dançam e fazem uma festa grande para animar as pessoas que foram ao Fanado.”

A análise dos resultados possibilitou, ainda, verificar que as respondentes mencionam, com muita frequência, o carácter obrigatório do Corte/MGF/Fanado, tendo sido manifestada por uma das mulheres a seguinte opinião relativamente ao carácter normativo desta prática: “...estas senhoras fazem acordo com os pais para fazerem o Fanado das

filhas, mas os pais não podem dizer que não...”. A categoria alienação de responsabilidade da comunidade perante as sequelas que decorrem da MGF foi igualmente referida de forma típica, sendo que uma das mulheres se pronunciou do seguinte modo: “Às vezes a menina morre e arranjam um culpado para a morte da filha e podem até agredir esta pessoa. Dizem que ele é que comeu a menina, que entrou na cabana da menina e fez bruxaria”. Pelo contrário, verificou-se que as participantes raramente se pronunciaram sobre a MGF de uma forma negativa. Uma das entrevistadas manifestou-se da seguinte forma, no que diz respeito a esta categoria “Só é mau porque cortam a pessoa mas o resto é muito bom porque a pessoa tem de ser bem-educada”.

A análise dos dados deste estudo permitiu a extração de 19 categorias, sendo importante referir, primeiramente, que nenhuma destas foi nomeada por todos os participantes. Relativamente aos temas frequentemente abordados para a globalidade da amostra, estes remeteram para a avaliação negativa do Corte/MGF/Fanado, a caracterização da *fanateca*, as consequências da recusa do Corte/MGF/Fanado e as consequências físicas resultantes da MGF/Corte/MGF. Para além dos temas anteriormente focados, emergiram igualmente com muita frequência aspectos como a falta de conhecimento da comunidade sobre as consequências que advêm da MGF/Corte/Fanado, a idade em que a menina vai ao fanado, assim como as recompensas oferecidas às meninas na festa de encerramento do fanado. Por último, a importância da realização do Corte/MGF/Fanado para a comunidade e a percepção da mulher mutilada por parte da comunidade foram de igual modo muito destacadas pelos participantes.

No que se refere à amostra de peritos foram extraídas duas categorias gerais, a avaliação da MGF de uma forma negativa e a falta de conhecimento da comunidade sobre as consequências da MGF. Para além disso, as categorias típicas resultantes da análise foram as consequências da recusa do Corte/Fanado, a percepção que a comunidade possui da mulher mutilada, as entidades que auxiliam no combate à MGF, a importância da realização da MGF para a comunidade, os obstáculos à erradicação da MGF, o papel dos técnicos de saúde na problemática da MGF e a relação entre MGF e religião. Contrariamente, poucos foram os peritos que mencionaram a alienação de responsabilidade face às consequências resultantes da MGF, consequências físicas resultantes da MGF e, por fim, a motivação para combater a MGF.

Relativamente à amostra de mulheres destacaram-se sete categorias gerais, tais como: a caracterização da *fanateca*, as consequências da recusa do Corte/Fanado, a importância da

realização do Corte/Fanado para a comunidade, a percepção da mulher mutilada por parte da comunidade, categoria relacionada com os cuidados que são prestados às meninas pela comunidade, após a realização da MGF, a idade com que as meninas vão ao fanado, as recompensas dadas às meninas que vão ao Fanado. As participantes, no âmbito da análise, abordaram frequentemente temas como o carácter obrigatório do Corte/MGF/Fanado e a alienação de responsabilidade da comunidade face às consequências que advêm da MGF. Por outro lado, esta amostra raramente se pronunciou relativamente à MGF de uma forma negativa.

Em suma, este estudo visou essencialmente explorar o ponto de vista da comunidade e de peritos sobre a MGF, no sentido de nos conduzir a um maior entendimento e compreensão desta prática. Para além disso, os temas mais enfatizados por estes agentes forneceram pistas para a concepção de estratégias, visando a erradicação da MGF. Seguidamente será descrito o estudo 2, um estudo de carácter quantitativo, cujo objectivo consistiu em avaliar as atitudes dos profissionais de saúde em Portugal relativamente à MGF, assim como o seu nível de formação, prática e experiência profissional nesta área.

4 - Método

Estudo 2

Amostra

Participaram no presente estudo 52 profissionais de saúde. Destes, 25 foram provenientes do Hospital Garcia de Orta, enquanto que 12 e 11 foram originários do Hospital Fernando da Fonseca e da Maternidade Alfredo da Costa, respectivamente. Dois respondentes pertenciam ao Hospital Amadora Sintra. Obtivemos ainda dois questionários, sendo que os participantes se abstiveram de identificar a sua filiação hospitalar. O estudo contou com participantes maioritariamente do sexo feminino, mais concretamente, verificou-se que 44 (86.3%) respondentes pertenciam ao sexo feminino e sete eram do sexo masculino (13.7%). Um participante não se identificou em termos de sexo. Relativamente à estrutura etária da amostra, os respondentes possuíam entre 22 e 52 anos de idade, e a média de idades de 35.16 anos com um desvio-padrão de 9.10 anos. No que diz respeito à ocupação profissional, constatou-se que 36 (70.6%) dos participantes eram enfermeiros, enquanto que 15 (29.4%) pertenciam à classe médica. Verificou-se que os respondentes se distribuíam de forma equitativa pelos serviços de Urgência Geral e de

Obstetrícia/Ginecologia. No que diz respeito à nacionalidade dos respondentes, 48 (94.1%) possuía nacionalidade Portuguesa. Em termos de convicções religiosas, a amostra era maioritariamente Católica, mais concretamente cerca de 42 (82.3%) participantes. Verificou-se, ainda, que em média os participantes possuíam 11.67 anos de experiência profissional com um desvio-padrão 9.14. Para esta amostra, a experiência mínima foi de um ano e a máxima situou-se nos 30 anos de serviço. Para finalizar, salienta-se que um dos respondentes se absteve de responder a todos os itens relativos à caracterização sócio – demográfica da amostra e um dos respondentes não revelou o hospital e o serviço no qual exerce funções. Como forma de complementar os dados salientados anteriormente, acrescentou-se a tabela 9 que resume alguns elementos da caracterização sócio-demográfica dos participantes.

Tabela 9

Caracterização sócio-demográfica da amostra

Variáveis	M	DP	Min.	Max.
Idade	35.16	9.10	22	52
Anos de Serviço	11.67	9.14	1	30

Nota. M = Média; DP = Desvio-Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo.

Instrumento

Este estudo de carácter quantitativo visou, através de um questionário, aceder às atitudes, formação, prática e experiência profissional que os profissionais de saúde detêm face à MGF.

O questionário utilizado neste estudo foi construído com base no instrumento aplicado por Gonçalves (2005) que foi, por sua vez, adaptado de um questionário concebido por Leye (1999) que conduziu um estudo relativo à MGF na Bélgica. A reformulação do questionário para efeitos da presente investigação teve em conta parâmetros como os objectivos do estudo, o enquadramento teórico, as características da amostra em questão, bem como literatura referente ao estudo e medição de atitudes. Esta metodologia consiste, de acordo com May (1997), num dos métodos de recolha de dados mais utilizados na investigação que permite aceder às opiniões, atitudes, entre outros aspectos, de pessoas sobre um dado fenómeno com o intuito de testar as hipóteses de investigação previamente delineadas pelo investigador. Este foi escolhido em detrimento de outras formas de recolha

de dados por constituir uma forma relativamente rápida de obter informações sobre determinadas características sobre os indivíduos, constituindo simultaneamente uma forma privilegiada de aceder às atitudes dos participantes a um baixo custo. As atitudes, segundo Ajzen (1988, p.4), traduzem uma “predisposição para responder de forma favorável a um objecto, pessoa, instituição ou a um acontecimento”. Lima (2002) acrescenta que, o facto de as atitudes consistirem numa inferência sobre estados internos dos indivíduos, as torna um constructo hipotético que atesta indubitavelmente um julgamento avaliativo. A forma mais usual de medir as atitudes é mediante escalas de atitudes, sendo que se parte do princípio que estas serão acessíveis por meio da obtenção das crenças, opiniões e avaliações realizadas pelos respondentes relativamente a um fenómeno específico, de acordo com a autora supracitada. Neste sentido, tendo em conta os objectivos do estudo, este questionário incluiu uma escala de atitudes de tipo *Likert*. Estas escalas são construídas pelo investigador englobando frases que manifestem atitudes extremas, perante o objecto de estudo. De acordo com a autora supracitada (Lima, 2002, p.193) as atitudes dos respondentes são medidas através do seu “posicionamento face ao conjunto de frases radicais”. Os atributos desta escala, como a sua rápida aplicabilidade a um baixo custo, contribuíram para a maior popularidade da escala de *Likert* relativamente a outras formas que permitem igualmente avaliar atitudes.

Caracterização do Questionário

O questionário, na sua versão final, incluiu 47 itens que abordaram quatro grandes temáticas relativas à MGF. Os primeiros 21 itens do questionário pretendiam avaliar as atitudes gerais dos profissionais de saúde face à MGF. Estas foram medidas através de itens como “Globalmente penso que a MGF é uma prática (...)”, sendo que este item foi cotado através de uma escala de *Likert* de cinco pontos em que um corresponde a “Negativa” e cinco corresponde a “Positiva”. A componente cognitiva das atitudes, por seu turno foi aferida por meio de itens como “Na minha opinião a realização de MGF é útil” ou “... é degradante”. Relativamente à componente afectiva das atitudes, estas foram medidas da seguinte forma “Quando penso na MGF sinto raiva” ou “... alegria”. Os itens referidos anteriormente foram cotados através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, em que um corresponde a “Nada” e cinco corresponde a “Muito”. A componente comportamental das atitudes foi avaliada por itens como “Se me pedissem para expressar publicamente a minha opinião sobre a MGF, eu aceitaria fazê-lo”. Este item, por sua vez, foi cotado por meio de

uma escala de *Likert* de cinco pontos em que “um” corresponde a “Nunca” e “cinco” corresponde a “Sempre”. A norma subjectiva dos participantes foi avaliada em itens como “É importante para mim que os meus colegas compartilhem da minha opinião, no que diz respeito à MGF.” Por fim, a auto-eficácia percebida dos profissionais de saúde foi aferida através de itens como “As competências que possuo para cuidar de uma paciente com MGF são (...)” e cotado através de uma escala de *Likert* de cinco pontos em que um corresponde a “Muito Insatisfatórias” e cinco a “Muito Satisfatórias”.

Seguidamente, o questionário englobou cinco questões relacionadas com a formação em MGF, nomeadamente através de itens como “Indique com que frequência está presente em seminários ou congressos sobre saúde em que o tema da MGF é abordado”, tendo sido este item cotado por meio de uma escala de *Likert* de cinco pontos em que “um” corresponde a “Nunca” e cinco corresponde a “Sempre”.

Após as questões referenciadas, o questionário contemplou itens relativos à prática e experiência dos profissionais dos técnicos de saúde perante mulheres mutiladas. A experiência profissional foi passível de ser avaliada em questões como “Com que frequência é consultado devido a sequelas provocadas pela prática da MGF?”, sendo que esta questão foi respondida numa escala de *Likert* de cinco pontos em que um corresponde a “Nunca” e cinco a “Sempre”. Finalmente, o questionário abordou atitudes específicas dos profissionais de saúde sobre o seu papel face à MGF por meio de sete perguntas tais como “Em que medida concorda que os profissionais de saúde que realizam MGF, em contexto clínico, deveriam ser punidos pelas autoridades competentes?” tendo sido este item cotado mediante uma escala de *Likert* de cinco pontos em que um corresponde a “Discordo Totalmente” e cinco a “Concordo Totalmente”.

Os itens do questionário foram agregados em dimensões, tendo em conta os objectivos do estudo, os constructos teóricos subjacentes e o seu grau de consistência interna. Porém, é importante mencionar que se procedeu à recodificação dos itens 1, 2, 5, 10a, 10c, 10e, 10g, 18d, 12, 17 e 21 antes da formação das dimensões, visto que estes haviam sido formulados no sentido inverso das restantes. Estes itens foram invertidos para que a escala de atitudes fizesse com que pontos mais elevados da escala reproduzissem atitudes mais negativas face à MGF. Mais especificamente, três dimensões foram criadas, cuja constituição se encontra representada na tabela 10.

Tabela 10

Representação das dimensões formadas

Dimensão 1 “Atitudes Gerais face a MGF” (componentes gerais, cognitiva, emocional e comportamental)	Dimensão 2 “Formação em MGF”	Dimensão 3 “Atitudes específicas face a MGF”
Itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10a, 10b, 10c, 10d, 10e, 10f, 10g, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18a, 18b, 18c, 18d, 18e, 18f, 18g, 18h, 18i, 19, 20 e 21	Itens: 24a, 24b, 24c, 24d, 24e, 24f, 25 e 26.	Itens: 40, 42, 43, 44, 45, 46a, 46b, 46c, 46d

Validade e Consistência Interna

Conforme a tabela 10, foram constituídas dimensões com base na consistência interna entre os itens que foi verificada através do Alpha de Cronbach efectuado para as dimensões construídas, o que pode ser verificado na tabela 11.

Tabela 11

Validade e Consistência Interna das Dimensões

Dimensões	Alpha de Cronbach	Número de Itens
“Atitudes Gerais face à MGF”	0.78	35
“Experiência e Prática em MGF”	0.55	3
“Formação em MGF”	0.66	8
“Atitudes Especificas face à MGF”	0.82	9
Escala Total	0.89	49

É importante realçar que a escala total apresentou um Alpha de Cronbach de 0.89 que remete para uma consistência interna elevada. Assim, para a dimensão das Atitudes Gerais face a MGF, foi registado uma consistência interna na ordem dos 0.78, sendo este valor correspondente a uma consistência interna adequada. Relativamente à dimensão Formação em MGF, os itens que constituíram esta dimensão revelaram uma consistência de 0.66, sendo este valor indicador da adequabilidade da consistência entre os itens. A dimensão

“Atitudes Específicas face à MGF” apresentou uma consistência de 0.82. Para além destas dimensões formadas foi também equacionado inicialmente a construção de uma dimensão de experiência e prática em MGF que integraria os itens 29, 30 e 34. Contudo, verificou-se que existia uma consistência interna baixa entre os itens referidos (0.55), que demoveu a pretensão inicial.

É importante referir que não se optou pela realização de uma análise factorial visto que o tamanho da amostra ($N = 52$) não ser suficientemente robusta para essa análise. Relativamente à primeira dimensão, foi ainda realizada uma análise separada das diversas componentes das atitudes. Contudo, os alfas foram pouco satisfatórios para algumas dessas componentes. Decidiu-se, assim, a sua análise em conjunto numa dimensão atitudinal geral face à MGF.

Procedimento

O questionário utilizado para os efeitos do estudo foi adaptado durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2008, tendo sido enviado no mês de Maio do mesmo ano, por correio, para Hospitais situados na Grande Lisboa (nomeadamente, o Hospital de Santa Maria, o Hospital Amadora Sintra, o Hospital Fernando da Fonseca, o Hospital Garcia de Orta e a Maternidade Alfredo da Costa). Dos 675 questionários enviados, obtivemos um retorno de apenas 52 (taxa de resposta de 8%), os quais foram utilizados no contexto da investigação. Vários factores podem ter estado na base para a baixa taxa de participação, incluindo a sensibilidade do tema, a extensão do questionário, a baixa motivação dos técnicos de saúde para participação em investigação que os envolva para além dos estudos dos pacientes, a baixa pertinência que os técnicos conferem a este tema, o limite de tempo, entre outros aspectos. Várias medidas foram tomadas para a promoção da taxa de resposta, como a articulação com a AI e os directores de serviço, com contactos por carta e por telefone. Para a nossa amostra ser representativa da população teria de corresponder a 20% da mesma. Existiu um esforço da nossa parte em conseguir que o maior número de médicos e enfermeiros respondessem ao questionário, mas por razões já apresentadas não foi possível. Neste sentido, apenas podemos atingir conclusões com a amostra de 52 inquiridos, tendo por isso dificuldade em generalizar à população total. Contudo, não deixa de ser um estudo válido com respostas concretas e conclusões que poderão representar opiniões significativas relativamente à MGF.

Os dados recolhidos foram sujeitos a uma análise estatística. Para o efeito foi utilizado o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na sua versão 15, que permitiu a realização de uma estatística descritiva, exploratória e comparativa. A análise descritiva integrou, nomeadamente, a determinação da média, do desvio-padrão, e dos valores mínimos e máximos, quando adequado, assim como o cálculo de frequências e de percentagens, em função do tipo de dados (variáveis contínuas ou ordinais). A análise exploratória, por seu turno, consistiu na determinação da consistência interna das medidas e escalas indicada pelo coeficiente Alfa de Cronbach. Finalmente, a análise comparativa ou inferencial englobou a realização de testes paramétricos como testes-t para a comparação entre variáveis com dois grupos: sexo e ocupação profissional. Procedeu-se, igualmente, neste âmbito, a uma análise bivariada para determinar a associação entre as dimensões, tendo sido utilizado em função do tipo de variável em estudo. Neste sentido optou-se pela correlação de Pearson.

A análise estatística pretendeu testar as hipóteses do estudo mencionadas anteriormente, mais especificamente, no final da introdução. Os resultados obtidos foram apresentados no decorrer pela ordenação apresentada em seguida: 1) análise descritiva; 2) testes-t para teste das hipóteses e 3) análise correlacional, igualmente para verificar as hipóteses enunciadas anteriormente.

5 – Resultados

Análise descritiva

A análise dos resultados iniciou-se com uma análise descritiva de determinadas questões, cujos resultados foram considerados pertinentes para a investigação.

Esta análise permitiu constatar que cerca de 7 (13.5%) dos profissionais de saúde, que participaram no estudo, têm conhecimento da existência da realização da MGF em território nacional. Verificou-se, igualmente, que do total dos respondentes, somente 28 (53.8 %) saberia reconhecer uma situação de MGF e 6 (11.5%) detinham formação específica nesta área. Cerca de 51 participantes negou a existência de um protocolo médico de actuação no que concerne à MGF. Os profissionais de saúde, quando questionados se já tinham, no âmbito da sua prática profissional, sido confrontados com pacientes vítimas de MGF, 28 (53.8%) dos participantes que responderam fizeram-no de forma equitativa, isto é, 14 (26.9%) responderam negativamente a esta questão e os restantes manifestaram uma

opinião contrária. Outro dado pertinente, neste âmbito, sugeriu que, dos quatro tipos de mutilação existente, o mais recorrente entre os profissionais que já se depararam com pacientes vítimas de MGF é a de tipo I (com uma frequência de 8 vezes) seguida pela mutilação de tipo II (com uma frequência de cinco vezes), sendo que as duas formas de mutilação restantes foram observadas somente por uma vez. Para além disso, aferiu-se que a nenhum dos profissionais de saúde, que responderam ao questionário, foi pedido a realização de MGF.

Para além destes dados, foi realizado igualmente uma análise descritiva de alguns itens do questionário cujos resultados estão expressos na tabela 12, seguidamente representada.

Tabela 12

Análise descritiva

Itens	M	DP	Min.	Max.
Em que medida considera importante definir a MGF como violação dos Direitos Humanos	4.80	0.633	1	5
Em que medida considera importante definir a MGF como tradição de uma cultura estrangeira	1.94	1.156	1	5
Em que medida concorda que Portugal é um país de risco para a realização de MGF	3.12	1.118	1	5
Em que medida considera importante a existência de legislação Portuguesa que enquadre esta prática	4.33	0.931	1	5
Com que frequência é consultado devido a sequelas provocadas pela prática da MGF	1.27	0.458	1	2
Em que medida concorda que a MGF possa ser realizada em contexto clínico	1.71	1.109	1	5

Nota. M = Média; DP = Desvio-Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo.

Conforme os dados da tabela 12, foi possível verificar que, em média, os respondentes consideram que é muito importante definir a MGF como uma violação dos Direitos Humanos. Por outro lado, encararam como pouco importante definir esta prática enquanto tradição de uma cultura estrangeira. No que concerne ao risco de se praticar MGF em Portugal, a amostra adoptou uma posição de neutralidade – não concordam nem discordam – perante esta questão. Em termos médios, os profissionais de saúde consideraram importante a existência de uma lei, a nível nacional, que enquadre esta prática. Relativamente à frequência de prestação de cuidados médicos a pacientes com sequelas decorrentes da MGF, os respondentes posicionaram-se, em média, no ponto mais baixo da escala – nunca. No que concerne ao item “Em que medida concorda que a MGF possa ser realizada em contexto clínico”, os profissionais de saúde numa escala de cinco pontos manifestaram, em média, uma opinião totalmente discordante relativamente à realização de MGF em contexto clínico.

Seguidamente foi realizada uma análise descritiva das dimensões resultantes da agregação dos itens, como foi explicado detalhadamente no procedimento e se encontra expresso através da tabela 13

Tabela 13

Médias, Desvios-padrão das dimensões de MGF

Dimensões	M	DP	Min.	Max.
Atitudes Gerais face à MGF	4.14	0.39	2.90	4.66
Formação em MGF	2.32	0.59	1.00	3.83
Atitudes específicas face à MGF	4.26	0.57	2.44	5.00

Nota. M = Média; DP = Desvio-Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo.

Conforme os resultados representados na tabela, constatou-se que em média os respondentes se posicionam, no que diz respeito, à dimensão “Atitudes gerais face à MGF” no ponto 4 (numa escala de 1 a 5), com uma variabilidade na ordem dos 0.39, que remete para uma atitude média discordante face a esta prática. Relativamente à dimensão “Formação em MGF”, os profissionais possuem, em termos médios, uma formação que se situa no ponto 2 (numa escala de 1 a 5) com um desvio-padrão de 0.59 que indicou, por sua vez, uma baixa especialização neste domínio. Por fim, para a dimensão “Atitudes

específicas face à MGF”, verificou-se que as respostas se situaram, em média, no ponto 4 (numa escala de 1 a 5), que indicou uma atitude discordante, por parte dos participantes, face à MGF. Na prática, este posicionamento reflecte a concordância que foi expressa pela maioria dos participantes, perante iniciativas que visam a erradicação da MGF e consequentemente uma atitude negativa face à prática.

Procedeu-se igualmente a uma análise descritiva das dimensões tendo em conta as características específicas dos participantes que se encontra expresso na tabela 14.

Tabela 14

Médias e desvio-padrão das respostas dos profissionais de saúde sobre dimensões de MGF

Dimensão	Mulheres (N= 44)	Homens (N= 7)	Médicos (N= 15)	Enfermeiros (N= 36)	Total (N=52)
Atitudes gerais face à MGF	4.14 (.41)	4.08 (.24)	4.25 (.25)	4.08 (.43)	4.14 (.39)
Formação em MGF	2.32 (.50)	2.10 (.53)	2.39 (0.48)	2.26 (0.63)	2.32 (.59)
Atitudes específicas face à MGF	4.25 (.57)	4.25 (.50)	4.34 (.44)	4.21 (0.62)	4.26 (.57)

De acordo com a tabela 14, ambos os sexos, em termos médios, manifestaram de um modo geral opiniões bastante homogéneas para as três dimensões de MGF. Assim, homens e mulheres expressaram “Atitudes gerais face a MGF” que se situam no ponto 4, isto é, ambos os grupos possuem atitudes de discordância face à MGF. “As atitudes específicas face à MGF” também são semelhantes para ambos os sexos, sendo que em termos médios encontram-se no ponto 4 da escala. Na prática, ambos os grupos evidenciaram concordância com medidas que visam a erradicação da MGF. Relativamente à “Formação em MGF”, médicos e enfermeiros possuem em média um nível formação em MGF que se posiciona no ponto 2 da escala, isto é, possuem um baixo nível de formação.

A análise dos resultados centrou-se igualmente na verificação das hipóteses previamente enunciadas. De acordo com a primeira hipótese, os profissionais de saúde manifestariam atitudes gerais e específicas negativas, no que diz respeito à MGF. A

informação contida na tabela 13, previamente analisada, corroborou o que havia sido proposto. Isto deveu-se ao facto de os respondentes se terem posicionado em média no ponto 4 da escala, nas dimensões “Atitudes Gerais face à MGF” e “Atitudes Especificas face à MGF”, que remeteu para atitudes de discordância perante a MGF.

A hipótese seguinte apontava para que os profissionais de saúde com formação específica em MGF fosse escassa, tendo sido confirmada através da tabela 13. Esta indica que, em termos médios, a formação dos profissionais de saúde em MGF se situa no ponto 2 da escala o que indiciou claramente um nível baixo de especialização médica nesta área.

Análise Comparativa

Relativamente à terceira hipótese, era esperado, igualmente, que as atitudes gerais e específicas perante a MGF fossem distintas para ambos os sexos, sendo que as mulheres iriam expressar atitudes mais negativas perante a MGF. Para testar esta hipótese foi realizado um teste-t para a igualdade de médias, cujo resultado infirmou a hipótese proposta, isto de acordo com os resultados do referido teste [$t = 1.575$, $p = 0.686$, *ns*] e [$t = 0.198$, $p = 0.091$, *ns*] para as “Atitudes Gerais face à MGF” e “Atitudes Especificas face à MGF”, respectivamente. Desta forma, verificou-se que não existem diferenças significativas nas atitudes gerais e específicas face à MGF entre os grupos comparados.

A quarta hipótese prévia que existissem diferenças, no que diz respeito ao nível da formação em MGF entre médicos e enfermeiros. Neste sentido, esperava-se ainda que os médicos detivessem uma maior formação neste âmbito. Para se investigar a existência de diferenças de médias de formação, em profissionais de saúde de áreas distintas, procedeu-se à realização de um teste-t, cujo resultado não corroborou esta hipótese [$t = 1.617$, $p = 0.476$, *ns*].

Análise Correlacional

A última hipótese do estudo remetia para a existência de uma relação positiva entre as três dimensões “Atitudes Gerais face à MGF”, “Formação em MGF” e “Atitudes Especificas face à MGF”. Desta forma, realizaram-se correlações de Pearson para averiguar as relações existentes. Os resultados desta análise encontram-se expressos na tabela 15 abaixo representada.

Tabela 15

Nível de associação e significância entre as Dimensões

R de Pearson	D1	D2	D3
D1	--	0.315*	0.608*
D2		--	0.208
D3			--

* O resultado é significativo ($p < .05$)

Conforme a tabela 15, verificou-se que existe uma associação positiva significativa entre as dimensões “Atitudes gerais face à MGF” e “Formação em MGF” ($r = 0.315$, $p < 0.05$), e entre as dimensões “Atitudes gerais face à MGF” e “Atitudes Específicas face à MGF”, sendo que esta última associação possui uma intensidade forte ($r = 0.608$, $p < 0.05$). Contrariamente, a “Formação em MGF” não se encontrou associada às “Atitudes Específicas face à MGF” de modo significativo. Assim, em face dos resultados obtidos constatou-se que esta hipótese foi parcialmente confirmada.

Os resultados obtidos através da análise revelaram que 13.5% dos participantes têm conhecimento da realização da MGF em Portugal; 53.8 % saberia reconhecer uma situação de MGF e somente 11.5% possuem especialização neste âmbito. Cerca de 98.1% dos respondentes negou a existência de um protocolo de actuação no que concerne à MGF. Para além disso, aproximadamente, 27% dos profissionais de saúde já assistiram pacientes com MGF, sendo que o tipo de mutilação mais recorrente é a de tipo. Finalmente, aferiu-se que não solicitado a qualquer dos respondentes a realização da MGF.

No seguimento da análise descritiva efectuada a alguns itens, foi possível obter igualmente dados relevantes na medida em que os respondentes consideraram muito importante considerar a MGF como uma violação dos Direitos Humanos, bem como manifestaram que é importante que a lei Portuguesa enquadre esta prática. Por outro lado, discordam com a realização de MGF em contexto clínico, bem como a catalogação da MGF como uma tradição estrangeira. Para além disso, verificou-se que os profissionais de saúde não concordam, nem discordam, com o facto de Portugal ser um país de risco e nunca, em termos médios, são abordados por pacientes com sequelas físicas decorrentes da MGF.

Os resultados deste estudo permitiram ainda discordar que os profissionais de saúde exibiram atitudes discordantes face às dimensões “Atitudes Gerais face à MGF”, bem como “Atitudes Específicas face à MGF”. Constatou-se, no âmbito da formação específica

em MGF, que a especialização nesta área é rara. Para além disso, verificou-se que médicos e enfermeiros não apresentam diferenças significativas de formação em MGF como foi equacionado inicialmente. Relativamente à última hipótese, esta foi parcialmente corroborada, visto que a dimensão “Formação em MGF” não se encontrou relacionada às “Atitudes Especificas face à MGF” de forma significativa. Porém, verificou-se uma relação positiva e significativa entre as dimensões “Atitudes gerais face à MGF” e “Formação em MGF”, assim como a presença de uma associação de intensidade moderada entre as “Atitudes gerais face à MGF” e “Atitudes Especificas face à MGF”.

6 – Discussão

Este estudo debruçou-se sobre o fenómeno da MGF, uma prática enraizada em diversas comunidades da África negra e que a cada seis minutos vitima uma criança ou jovem mulher (de acordo com dados da AI). Este tema, embora muito actual a nível internacional, encontra-se pouco desenvolvido em Portugal. Após a sinalização realizada pela OMS (2002) que considerou Portugal um país de risco relativamente à prática de MGF, urge o debate e o estudo científico desta problemática, visando a sua erradicação à escala global. O tema da MGF, pela sua complexidade e sensibilidade, suscita controvérsia entre concordantes e opositores à prática: por um lado, os defensores dos Direitos Humanos e, do outro, os apoiantes da relativização cultural e da preservação das tradições. A resolução deste conflito torna-se difícil de antever porque, se existem direitos fundamentais universais que todos podemos reivindicar, não podemos ignorar as tradições profundamente enraizadas em grupos específicos e que determinam as interacções, bem como a coesão social dentro do grupo de pertença.

Este antagonismo, por sua vez, vai reflectir-se na generalidade das opiniões perante o tema da MGF, visto que estas são igualmente muito polarizadas, não deixando margem para posições de neutralidade. Ou se concorda, ou não se concorda com a MGF.

Neste contexto foi desenvolvido o presente estudo sobre a MGF em Portugal, cujos objectivos essenciais visaram uma compreensão aprofundada do ritual do Fanado, onde ocorre a MGF ou o Corte, como é designado pela comunidade praticante que provém da Guiné. Paralelamente, pretendia-se identificar os aspectos relativos à MGF que são mais enfatizados pelas mulheres e pelos peritos comunitários. Partindo destas crenças, pretendemos contribuir no sentido de aumentar a eficácia das estratégias que vigoram, bem

como propor formas de acção alternativas com o intuito de erradicar a prática de MGF em Portugal. É importante salientar que a consecução destes objectivos foi alcançada através de testemunhos de peritos e de mulheres leigas vítimas de MGF sobre a MGF.

Após a análise qualitativa dos dados, os resultados obtidos permitiram concluir que a passagem pelo ritual do fanado constitui uma etapa determinante para a inclusão da mulher no seu grupo de pertença. Foi igualmente possível identificar que aspectos são mais salientes para as mulheres e para os peritos, relativamente à MGF. Neste sentido, constatou-se que foram enfatizados temas que se prendem essencialmente com a importância do ritual do fanado para a integração da mulher no seu grupo de pertença, as consequências da recusa do Corte/MGF/Fanado, o desconhecimento da comunidade relativamente às consequências da MGF e a percepção da mulher mutilada (e não mutilada) pela comunidade. De facto, na prática, a submissão à MGF constitui o garante do respeito e aceitação dos restantes elementos da comunidade. Todavia, a recusa desta prática por parte da mulher implica lidar com a discriminação e segregação por parte do grupo de pertença, uma vez que, dentro da comunidade, deixa de ter *voz*, isto é, deixa de existir.

Estas conclusões permitem inferir que a erradicação da MGF pode passar por uma colaboração com a comunidade, visto que esta parceria aumentará a viabilidade e a eficácia das alternativas desenvolvidas para erradicar a MGF. Salienta-se também o facto de que, apesar das dificuldades na obtenção da amostra, a realização do estudo 1 revela que membros das comunidades, onde a MGF é uma prática recorrente, manifestam posições de discordância face a este procedimento e que estes parceiros comunitários podem ter um papel preponderante no combate à MGF.

Relativamente à abordagem de medidas concretas para erradicar a MGF, primeiramente, a nível jurídico, defende-se que poderiam ser atribuídas penas mais severas aos prossecutores desta prática, sendo este reforço da lei, por um lado, inibidor da prática de MGF nos países de acolhimento destas comunidades. Contudo, à semelhança do que é feito em outros países, isto poderia conduzir a que as famílias enviem as suas filhas, na época de férias escolares, para os seus países de origem para concretizar a MGF. Neste sentido, os mesmos indivíduos defendem que deveria ser proibida a viagem de crianças para os países de origem até que estas alcancem a maioridade.

Porém, este reforço legal, só por si, não vai impedir a realização da MGF visto que esta prática está deveras enraizada na tradição destas comunidades. Assim, as medidas legais

podem ser complementadas com medidas preventivas e interventivas junto das comunidades onde a MGF é recorrente. Neste sentido, é importante ter em consideração que a comunidade se encontra muito fechada à informação que contraria as suas crenças, o que dificulta a intervenção. Uma das formas de entrar em contacto com a comunidade será estabelecendo alianças com pessoas respeitadas dentro da comunidade que, no caso da comunidade Guineense residente em Portugal, onde se registam uma grande incidência desta prática, são os elementos mais velhos da comunidade. No seio da comunidade Guineense, a idade é uma mais valia, bem como a pertença ao género masculino, sendo que uma pessoa com estes atributos detém poder informal sobre os restantes membros. Neste sentido, tudo o que é expresso por este líder será tido em consideração e respeitado pelos restantes elementos da comunidade. Pelo contrário, a prestação de informação sobre a matéria da MGF por parte de elementos estranhos à comunidade é encarado como uma experiência desconfortável e sentida, muitas vezes, como uma ameaça. A importância da colaboração com pessoas mais velhas dentro da comunidade é determinante para o sucesso das intervenções. Um facto interessante e que pode auxiliar o desenvolvimento de novas estratégias derivou do estudo 1, onde surgiu a categoria alienação de responsabilidade. Este aspecto, ainda que considerado como categoria variante na análise realizada, surge como um dado novo e muito interessante se tivermos em conta que remete para o facto de que as comunidades não atribuem as consequências da MGF a esta prática. Existe uma crença de que as sequelas resultantes da MGF e a morte das raparigas acontecem devido a entidades e fenómenos sobrenaturais. Igualmente as disfunções sexuais e as dificuldades no parto são percebidas como “normais”, isto citando um dos peritos. Desta forma, a comunidade pode minimizar a sua responsabilidade e a sua dissonância cognitiva. Assim, uma das formas que podem auxiliar a erradicação da MGF poderá envolver a desmistificação destas crenças, promovendo a consciencialização sobre o facto da MGF ser prejudicial para as meninas e para as mulheres. Tendo em conta que as comunidades imigrantes residentes em Portugal e que praticam a MGF não apresentam muitas vezes qualquer tipo de escolaridade, manifestando dificuldades com a língua Portuguesa, importa que esta mensagem seja veiculada por alguém que pertença à comunidade e que detenha estatuto e poder, ainda que informal, face à mesma, que fale o seu dialecto e que a informação seja transmitida maioritariamente por via oral e com o recurso a histórias ilustrativas. Poderá ser importante que o mediador possua uma linguagem e uma postura neutras (i.e. não avaliativa) e confira suporte emocional a estas mulheres. Outra consideração reside nas

circunstâncias em que pode ser prestada a informação, visto que muitas destas mulheres que residem no nosso país se encontram confinadas em bairros em que predominam pessoas afectas à sua comunidade. Importa, assim, escolher os momentos propícios de actuação, assim como o público-alvo. Relativamente às mulheres que já foram submetidas a MGF, a intervenção poderá ser dirigida ao nível do planeamento familiar e dos cuidados médicos realizados no pré e pós-parto.

Neste sentido, propõe-se uma intervenção com mulheres já submetidas a MGF que passe, primeiramente, por uma sensibilização e formação prévia dos profissionais de saúde. De acordo com o estudo 2, o Sistema de Saúde em Portugal carece de profissionais de saúde devidamente especializados nesta área. A formação em MGF envolverá, na nossa opinião, a criação de um protocolo de actuação perante casos de MGF, que não existe a nível nacional, mas que pode ser criado ou importado de instituições como a OMS. Esta instituiu diversos protocolos de actuação para a MGF que se destinam a profissionais de diversas áreas, nomeadamente aos prestadores de cuidados de saúde. De entre eles destaco o *Management of Pregnancy and Childbirth and the Postpartum period in presence of FGM* (2001) e *The Prevention and the Management of the Health Complications – Policy Guidelines for Nurses and Midwives* (2001). No âmbito do presente estudo, a análise qualitativa sugere ainda que os profissionais de saúde ao depararem-se com mulheres mutiladas, além de realizarem os cuidados médicos adequados podem encaminhá-las para um mediador cultural devidamente formado em MGF. Este deve ser preferencialmente do sexo feminino, pertencente à etnia da mulher e que fale o seu dialecto, de forma a aumentar a receptividade e compreensão da informação por parte da mulher. Na prática, este mediador actuará a três níveis: ao nível relacional, ao nível da recolha de dados pertinentes que podem ser utilizados posteriormente para fazer a caracterização sócio-económica da mulher mutilada e, por fim, ao nível educacional. Assim, inicialmente, o mediador será responsável por estabelecer uma relação empática e de confiança com a mulher. Ao nível educacional espera-se que o mediador:

- Valorize as tradições, origens e a comunidade de pertença da mulher, mas simultaneamente alerte para a existência de práticas nocivas para a integridade física das mulheres, designadamente a MGF;
- Esclareça que os problemas de saúde que as mulheres mutiladas possuem ao longo da sua vida e que frequentemente minimizam ou que pensam que é “natural”, não o são e decorrem frequentemente da mutilação a que foram sujeitas;

- Informe detalhadamente as sequelas físicas e psicológicas que a MGF provoca e, se possível, contar com o testemunho de outras mulheres mutiladas;
- Promover um aumento da qualidade de vida da mulher, na medida do possível, seja em termos cuidados médicos prestando uma assistência adequada às suas necessidades, assim como através de um acompanhamento individualizado – passível de ser efectuado pelo mediador – para que as mulheres que estejam a vivenciar dificuldades decorrentes da MGF e/ou para aquelas que se oponham a MGF possam ser devidamente acompanhadas a longo prazo, visto que a recusa desta tradição ancestral acarreta a consequências sociais tal como a marginalização destas mulheres pelo seu grupo de pertença;
- Assegurar o apoio necessário, nomeadamente do mediador, às mulheres que pretendam recusar esta prática;
- Auxiliar e promover a integração das mulheres, que recusam a MGF, dentro da comunidade de acolhimento através da sua inserção numa actividade laboral, aumento da sua escolaridade, entre outras formas;
- Conferir *empowerment* a estas mulheres, isto é, instruir as mulheres para o facto de que elas têm o direito de tomar decisões sobre a sua vida e sobre o seu corpo e que estas não devem ser tomadas por outrem;
- Esclarecer as suas dúvidas e os seus receios relativamente à MGF;

Relativamente à duração do acompanhamento, este deverá ocorrer, no contexto do planeamento familiar, por um tempo indeterminado que deverá ser definido conjuntamente entre o mediador e a mulher. Para as mulheres cuja intervenção se iniciou durante a sua gestação, seria desejável que este perdurasse no mínimo durante o pré e pós-parto, bem como durante a primeira infância do futuro bebé.

As informações sócio-demográficos obtidas pelo mediador junto das mulheres auxiliarão a traçar um perfil das mulheres submetidas a MGF. Este perfil conterá dados que explicitarão algumas das causas subjacentes a esta submissão que podem ser: a idade precoce em que é realizado, o baixo estatuto dentro da comunidade, baixos níveis de escolaridade, entre outros dados. A construção deste perfil pode ser igualmente um ponto de partida para outras intervenções no sentido de combater aspectos presentes neste perfil que podem propiciar a ocorrência da MGF.

A proposta de actuação sugerida anteriormente advém igualmente das ilações que Chalmers & Hashi (2000) retiraram do seu estudo e que apontavam para a necessidade de formação dos profissionais de saúde e, igualmente, das mulheres mutiladas.

Ao nível das estratégias preventivas, podem realizar-se actividades importantes ao nível do ensino básico, visto que a idade para a realização desta prática acontece num intervalo e idades entre os 5 e os 11 anos. Nas escolas básicas, situadas em zonas em que residem comunidades praticantes da MGF, poderá ser incluído o tema da MGF dentro das temáticas que englobam a consciência corporal. Com uma linguagem adaptada às crianças desta idade, pode ser destacada a importância da manutenção da sua integridade física e do que estas podem fazer caso se sintam em perigo. Por exemplo, pode existir um profissional da educação no contexto escolar a quem as crianças possam recorrer caso se sintam em perigo. Ainda, a nível educativo, podem formar-se professores e auxiliares de acção educativa em MGF de modo a estarem atentos e para que possam intervir de forma eficaz perante crianças submetidas a MGF ou que se encontrem em risco de sofrer mutilação. A colaboração com estes profissionais visaria intervir, se possível, antes da ocorrência da mutilação.

Ao nível do estudo 2, os resultados indiciam que, de um modo geral, os prestadores de cuidados de saúde mantêm atitudes negativas face a MGF e consideram muito importante, em termos médios, definir a MGF como sendo uma violação dos Direitos Humanos. Estes dados são expectáveis dado à luz de estudos anteriores e dado ao facto, de uma maneira geral, na sociedade Ocidental esta prática ser condenada. Igualmente à semelhança de outros estudos realizado em Portugal por Gonçalves (2004), verifica-se que existem poucos profissionais de saúde especializados nesta área. Mais concretamente, cerca de 11.5 % tiveram formação, sendo que este desconhecimento pode comprometer a qualidade da assistência médica prestada a mulheres mutiladas até este momento, a nível nacional.

Esta investigação visou conferir uma maior visibilidade a esta temática e alertar os profissionais de saúde que existem mulheres imigrantes mutiladas em Portugal que necessitam de cuidados específicos, sendo que este número é passível de aumentar devido à intensificação da imigração destas comunidades, praticantes da MGF, para Portugal. Os dados atestam que 13.5% da amostra testemunha que se realiza MGF em Portugal, reforçando a necessidade de formação de profissionais de saúde nesta área, assim como o delineamento de intervenções que possibilitem a sua erradicação.

Em suma, além de prevenir a MGF, consideramos importante conferir cuidados médicos adequados e proporcionar uma maior qualidade de vida a estas mulheres que se deparam, a longo prazo, com inúmeras sequelas decorrentes da MGF. É necessário salientar que estas medidas estarão comprometidas sem a formação dos profissionais de saúde em MGF.

Contrariamente às expectativas iniciais, constatou-se que médicos e enfermeiros não apresentam diferenças estatisticamente significativas de formação em MGF. De igual modo, verificou-se que homens e mulheres não possuem atitudes significativamente diferentes perante a MGF. Assim, a atitude perante a MGF é independente do sexo dos profissionais de saúde, contrariando as expectativas iniciais. No entanto, estes resultados vêm desconfirmar o pressuposto de que a MGF é um “assunto de mulheres” e que, por esse facto, os elementos do sexo feminino se sentem mais identificados com a temática e, consequentemente, expressam atitudes mais negativas contra perante a MGF. Neste contexto, é importante voltar a referir o estudo de Strevens et al (2005), no qual 69% dos homens da amostra considerava que a MGF deveria ser erradicada e somente 35 % das mulheres partilhavam desta opinião. Estes resultados são reveladores de que os homens também se opõem a esta prática e que as intervenções delineadas com o intuito de combater esta prática devem incluir agentes do sexo masculino.

No âmbito dos resultados, verificou-se a existência de uma associação positiva e significativa entre as dimensões “Atitudes gerais face à MGF” e “Formação em MGF” - profissionais de saúde com atitudes mais negativas face à MGF apresentam maiores níveis de formação nesta área e vice-versa. Este dado vem corroborar a importância da formação no desenvolvimento de atitudes. Assistiu-se, simultaneamente, à presença de uma relação positiva de intensidade moderada entre as dimensões “Atitudes gerais face à MGF” e “Atitudes Específicas face à MGF”, que remeteu para o facto de atitudes mais negativas perante a MGF traduzirem atitudes mais positivas perante medidas específicas para erradicar a MGF.

Os resultados apresentados neste estudo foram, de alguma forma, congruentes com estudos realizados anteriormente, visto que se denotaram que os profissionais de saúde apresentam lacunas de formação na área da MGF (ver Chalmers & Hashi, 2000).

Relativamente às limitações da presente investigação, salientamos o facto do número de entrevistados ser insuficiente, visto que existiram dificuldades na obtenção de participantes: Este facto provocou a alteração do método de recolha de dados e condiciona

a validade externa deste estudo, sendo necessária a realização de uma replicação deste estudo para corroborar os resultados alcançados presentemente. No que diz respeito ao estudo 2, a amostra contemplou somente 52 respondentes devido a fraca taxa de resposta por parte dos profissionais de saúde. Desta forma, a amostra não foi representativa da sua população e, sendo assim, os resultados obtidos devem igualmente ser entendidos no contexto da amostra em estudo, não podendo ser realizadas extrapolações para a população em geral. Todavia, este estudo pode contribuir para que seja conferida uma maior relevância à temática da MGF a nível académico mas sobretudo para as mulheres a quem esta prática é infligida, para que detenham um conhecimento efectivo das sequelas físicas e psicológicas decorrentes da MGF. Por fim, esta investigação produziu, simultaneamente, dados pertinentes para os profissionais de saúde que possuem um papel determinante na erradicação deste procedimento a nível global.

7 – Referências

- Ajzen, I. (1988). *Atitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.
- Amnistia Internacional em Portugal (2007). *Mutilação Genital Feminina*. Retirado a 10 de Agosto de 2008 de http://www.amnistiainternacional.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=99
- Baron, E., Denmark, F. (2006). An Exploration of Female Genital Mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, pp 339-355. Retirado em 20 de Janeiro de 2008 de <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1196/annals>
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods* (2Ed.). Oxford: University Press.
- Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (1979). Retirado a 10 de Fevereiro de 2008 de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Chalmers, B., Hashi, K. O. (2000). Four hundred and thirty-two Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation, *Birth* 27 (4), pp. 227–234.
- Elgaali, M., Strevens, H. & Mårdh, P. (2005). Female genital mutilation – An Exported Medical Hazard. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10 (2), 93-97. Retirado em 27 de Fevereiro de 2008 de <http://www.informaworld.com/10.1080/13625180400020945>
- Elnashar, A. & Abdelhdy, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 97 (3), pp. 238-244. Retirado em 25 de Fevereiro de 2008 de <http://www.sciencedirect.com>
- Epstein, D., Graham, P., Rimsza, M. (2001). Medical Complications of Female Genital Mutilation. *Journal of American College Health*, 49 (6), pp. 22-32.
- Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Direitos Humanos – Instrumentos e textos universais. Retirado a 10 de Agosto de 2008 de http://www.cne.pt/dl/1_declaracao_universal_direitos_homem.pdf
- Gonçalves, Y. (2004). *Mutilação Genital Feminina*. Associação Para o Planeamento da Família. Lisboa: APF.

- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Psychotherapy Psychologist*, 25, 517- 572.
- Hopkins, S. (1999). A discussion of the legal aspects of female genital mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (4), pp. 926-933.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus group: a practical guide for applied research* (2ªEd.). Thousand Oaks: Sage.
- Little, C. (2003). Female Genital Circumcision: Medical and Cultural Considerations. *Journal of Cultural Diversity*, 10 (1), pp. 30-34.
- Lundberg, P., Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden, *Midwifery* 24 (2), pp 214-225. Retirado em 20 de Fevereiro de 2008 de (<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WN9-4N3P9KM-1/1/ebc2d63e7b46ab635fae7385ec24f7ac>)
- Martingo, C. (2007). O corte dos genitais femininos nos Guineenses residentes em Portugal. Manuscrito não publicado, Universidade Aberta, Lisboa.
- May, T. (1997). *Social Research Issues, methods and process* (2ªEd). Philadelphia: Open University press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques* (1ªEd.). Newbury Park: Sage.
- Vala, J. & Monteiro, M.B. (Eds.). 2002. *Psicologia social* (5ªEd.) (pp.187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- WHO (1997). *Female genital mutilation: A joint WHO/UNFPA statement*. World Health Organisation , Geneva. Retirado a 21 de Fevereiro de 2008 de <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>
- WHO (2001). *Integrating the prevention and the management of health complications into the curricula of nurse and midwifery: A Student's Manual*. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva. Retirado a 21 de Fevereiro de 2008 de <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>
- WHO (2002). *Research on the sociocultural aspects of female genital mutilation: Call for proposals*. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva. Retirado a 21 de Fevereiro de 2008 de <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>

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

8 - Anexos

Anexo 1 – Questionário

No âmbito de uma parceria entre a Amnistia Internacional e o Departamento de Psicologia Social e Organizacional do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – ISCTE –, estamos a realizar um estudo relativamente à Mutilação Genital Feminina em Portugal. Pretendemos, através da aplicação deste questionário, aceder às suas opiniões sobre o tema, bem como a dados relativos à sua experiência profissional com mulheres e crianças submetidas a esta prática. Neste sentido, é importante salientar que não existem respostas certas ou erradas, sendo que garantimos o anonimato e a total confidencialidade dos dados obtidos através deste questionário.

Relativamente às questões que lhe apresentamos nas páginas seguintes, responda, por favor, colocando um círculo no número que melhor corresponde à sua resposta.

A sua participação tem um papel fundamental na concretização dos objectivos a que este estudo se propõe.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Hospital _____

Serviço _____

Profissão _____

Nacionalidade _____

Religião _____

Idade _____

Sexo: F ____ M ____

Experiência Profissional/ Anos de Serviço _____ anos

“A mutilação genital feminina compreende todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outros danos aos órgãos genitais femininos, seja por razões culturais ou do foro não terapêutico” Organização Mundial de Saúde (1997)

1. Globalmente penso que a Mutilação Genital Feminina (MGF) é uma prática:

Negativa				Positiva
1	2	3	4	5

2. Estou de acordo com a realização de MGF, em alguns casos:

Nada				Muito
1	2	3	4	5

3. Se houvesse uma acção de formação sobre MGF eu participaria:

Nunca				Sempre
1	2	3	4	5

4. Para mim debater o tema da MGF é:

Simples				Complicado
1	2	3	4	5

5. Globalmente sou a favor da prática de MGF:

Nunca				Sempre
1	2	3	4	5

6. Se houvesse intervenções comunitárias com o intuito de erradicar a MGF eu participaria:

Nunca				Sempre
1	2	3	4	5

7. A maioria dos meus colegas de profissão considera que eu tenho competências suficientes para tratar de uma paciente vítima de MGF:

Totalmente Falso				Totalmente Verdadeiro
1	2	3	4	5

8. Se tivesse conhecimento de uma paciente vítima de MGF, no exercício da minha actividade, participaria às autoridades:

Nunca				Sempre
1	2	3	4	5

9. Para mim tratar de uma paciente vítima de MGF é:

Simples				Complicado
1	2	3	4	5

10. Na minha opinião a realização de MGF é:

	Nada				Muito
Útil	1	2	3	4	5
Cruel	1	2	3	4	5
Necessária	1	2	3	4	5
Degradante	1	2	3	4	5
Saudável	1	2	3	4	5
Ilegal	1	2	3	4	5
Benéfica	1	2	3	4	5

11. A minha classe profissional considera que eu devo ser contra a prática de MGF:

Totalmente falso				Totalmente verdadeiro
1	2	3	4	5

12. Sou favorável à prática de MGF, de forma excepcional:

Nada				Muito
1	2	3	4	5

13. As competências que possuo para cuidar de uma paciente vítima de MGF são:

Muito Insatisfatórias				Muito Satisfatórias
1	2	3	4	5

14. A maioria dos meus colegas de profissão consideram que eu devo participar em campanhas que visam erradicar a MGF:

Nunca				Sempre
1	2	3	4	5

15. Se me pedissem para expressar publicamente a minha opinião sobre a MGF eu aceitaria fazê-lo:

Nunca				Sempre
1	2	3	4	5

16. É importante para mim que os meus colegas compartilhem da minha opinião, no que diz respeito à MGF:

Nada Importante				Muito Importante
1	2	3	4	5

17. Em geral, penso que a MGF é uma prática:

Desagradável				Agradável
1	2	3	4	5

18. Quando penso na MGF sinto:

	Nada				Muito
Raiva	1	2	3	4	5
Alegria	1	2	3	4	5
Frustração	1	2	3	4	5
Tranquilidade	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Esperança	1	2	3	4	5
Repugnância	1	2	3	4	5
Satisfação	1	2	3	4	5
Desconforto	1	2	3	4	5

19. Identifico-me com os meus colegas de profissão:

Nada				Muito
1	2	3	4	5

20. Globalmente o meu nível de conhecimento sobre a MGF é?

Muito Insatisfatório				Muito Satisfatório
1	2	3	4	5

21. Em geral, considero que a MGF possui mais vantagens que desvantagens:

Nunca				Sempre
1	2	3	4	5

22. Possui algum tipo de formação específica sobre MGF? Caso tenha respondido negativamente a esta questão passe directamente à pergunta 24.

Sim	Não
1	0

23. Qual?

24. Indique as fontes através das quais tem ou teve acesso a informações sobre o tema da MGF, se aplicável.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Seminários	1	2	3	4	5
Artigos Científicos	1	2	3	4	5
Jornais/Revistas	1	2	3	4	5
Rádio/TV	1	2	3	4	5
Internet	1	2	3	4	5
Outros	1	2	3	4	5

25. Indique com que frequência está presente em seminários ou congressos sobre saúde em que o tema da MGF é abordado?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

26. Em que medida estaria motivado para participar de uma acção de formação e sensibilização sobre MGF?

Nada Motivado	Pouco Motivado	Relativamente Motivado	Motivado	Muito Motivado
1	2	3	4	5

27. Em que medida considera importante definir a MGF como uma:

	Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante
Violação dos direitos humanos	1	2	3	4	5
Tradição de uma cultura estrangeira	1	2	3	4	5

28. Tem conhecimento da realização de MGF em Portugal?

Sim	Não
1	0

29. Em que medida concorda que Portugal é um país de risco para a realização de MGF?

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

30. Em que medida considera importante a existência de legislação Portuguesa que enquadre esta prática?

Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

31. No âmbito da sua prática clínica saberia reconhecer uma situação de MGF? Se respondeu afirmativamente passe para a pergunta seguinte. Caso tenha respondido negativamente passe directamente para a questão 37.

Sim	Não
1	0

32. Já foi confrontado com mulheres submetidas a MGF? Se respondeu afirmativamente passe para a pergunta seguinte. Caso tenha respondido negativamente passe directamente para a questão 37.

Sim	Não
1	0

33. Que tipo de mutilação? (ver anexo)

Tipo	Número de vezes
Tipo I	
Tipo II	
Tipo III	
Tipo IV	

34. Com que frequência é consultado devido a sequelas provocadas pela prática da MGF?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

35. Se for aplicável, indique qual o tipo de mutilação. (Ver anexo)

Tipo	Número de vezes
Tipo I	
Tipo II	
Tipo III	
Tipo IV	

36. Para que tipo de serviço são encaminhadas estas pacientes?

37. Já lhe foi solicitada a realização de uma MGF?

Sim	Não
1	0

38. Que tipo de mutilação (Ver Anexo)?

Tipo	Número de vezes
Tipo I	
Tipo II	
Tipo III	
Tipo IV	

39. Tem conhecimento de algum protocolo de actuação no que se refere à MGF?

Sim	Não
1	0

40. Em que medida considera importante a existência de um protocolo de actuação para os profissionais de saúde para lidar mais eficazmente com as vítimas de MGF?

Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

41. Em que medida concorda que esta prática possa ser realizada, em contexto clínico, por profissionais de saúde?

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

42. Em que medida concorda que a realização de MGF, em contexto clínico, constitui uma violação ao Código Ético e Deontológico dos Médicos e Enfermeiros?

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

43. Em que medida concorda que os profissionais de saúde que realizam MGF em contexto clínico deveriam ser punidos pelas autoridades competentes?

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

44. Em que medida considera importante a intervenção em comunidades onde esta prática ocorre?

Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

45. Em que medida estaria motivado para participar em intervenções comunitárias, com o intuito de erradicar a MGF?

Nada Motivado	Pouco Motivado	Relativamente Motivado	Motivado	Muito Motivado
1	2	3	4	5

46. Em que medida considera importante a intervenção das seguintes entidades na erradicação da MGF?

	Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante
Políticas	1	2	3	4	5
Médicas	1	2	3	4	5
ONG's	1	2	3	4	5
Mediadores Culturais	1	2	3	4	5

47. Na sua opinião de que modo é que as entidades médicas poderão intervir, com o intuito de erradicar a MGF? Responda a esta questão somente se na pergunta anterior **não** considerou a intervenção das entidades médicas **Nada Importante**.

Anexo

Classificação da Mutilação Genital feminina pela Organização Mundial de Saúde:

Tipo I: Clitoridectomia – Remoção do prepúcio do clítoris, com remoção total ou parcial do clítoris

Tipo II: Excisão – Remoção total do clítoris com excisão parcial ou total do pequeno lábio

Tipo III: Infibulação – Excisão parcial ou total dos órgãos genitais e sutura/estreitamento da abertura vaginal

Tipo IV: Outras – Procedimentos que envolvam práticas não classificadas na definição de Mutilação genital Feminina, como qualquer tipo de incisão, piercing ou alongamento do clítoris e/ou lábios vaginais; cauterização por queimadura do clítoris e do tecido circundante, corte anguria – remoção do tecido circundante do orifício vaginal, corte gighiri – corte da vagina.

Anexo 2 – Curriculum Vitae



Europass-Curriculum Vitae

Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s)	Piedade Sandra
Correio(s) electrónico(s)	sandra_rendall@hotmail.com
Nacionalidade	Portuguesa
Data de nascimento	22/06/1983
Sexo	Feminino

Formação académica e profissional

Datas	Finalista de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações (2008)
Principais disciplinas/competências profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Concepção e Avaliação de Projectos - Psicologia comunitária - Psicologia Social da Saúde - Psicologia Social da Justiça
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
Datas	Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações (2003-2007)
Principais disciplinas/competências profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Estatística e Análise de Dados - Métodos de Investigação Quantitativos - Métodos de Investigação Qualitativos - Psicologia Social e Organizacional - Questões Aprofundadas de Psicologia Social e Organizacional - Técnicas de Diagnóstico e Intervenção

Experiência profissional

Datas	Outubro de 2007 a Junho de 2008
Função ou cargo ocupado	Estagiária
Principais actividades e responsabilidades	Promoção de competências sociais e de cidadania a crianças do ensino básico

Nome e morada do empregador	Núcleo de Psicologia e Intervenção Comunitária (NUPIC). Junta de Freguesia de Carnide, largo das Pimenteiras, 6º 1600 Lisboa.																																								
Tipo de empresa ou sector	Entidade responsável pelo desenvolvimento e parceria em projectos comunitários																																								
Aptidões e competências pessoais																																									
Primeira língua	Português																																								
Outra(s) língua(s)																																									
Auto-avaliação																																									
Nível europeu (*)																																									
Inglês																																									
Francês																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Compreensão</th> <th colspan="4">Conversaão</th> <th colspan="2">Escrita</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Compreensão oral</th> <th colspan="2">Leitura</th> <th colspan="2">Interacção oral</th> <th colspan="2">Produção oral</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> </tr> <tr> <td>B1</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B1</td> <td>Utilizador independente</td> <td>A2</td> <td>Utilizador Elementar</td> <td>A2</td> <td>Utilizador Elementar</td> <td>A2</td> <td>Utilizador Elementar</td> </tr> </tbody> </table>	Compreensão				Conversaão				Escrita		Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral				B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar
Compreensão				Conversaão				Escrita																																	
Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral																																			
B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente																																
B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar																																
	(*) Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)																																								
Aptidões e competências sociais	-Trabalho em Equipa (adquirida em contexto académico bem como através da experiência profissional no âmbito do estágio) - Comunicação Interpessoal (adquirida em contexto académico bem como através da experiência profissional no âmbito do estágio) - Escuta activa (adquirida em contexto académico bem como através da experiência profissional no âmbito do estágio) - Empatia (adquirida em contexto académico bem como através da experiência profissional no âmbito do estágio)																																								
Aptidões e competências de organização	- Capacidade de organização (adquirida em contexto académico)																																								
Aptidões e competências informáticas	-Informática na óptica do utilizador																																								
Carta de condução	- Carta de Condução de ligeiros																																								
Informação Adicional	Participação no Congresso de Psicologia Comunitária de 2008 decorrido em Portugal com o projecto de investigação Mutilação Genital Feminina em Portugal – no âmbito da tese de mestrado																																								