

# PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

## DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

**Autores:**

**Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá**

**Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira**

**Laura Maria Monteiro Viegas**

**Cristina Maria Rosa Jeremias**

**José Edmundo Xavier Furtado de Sousa**

**Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço**

**Fátima Moreira Rodrigues**

**Amâncio António de Sousa Carvalho**

**Anabela Salgueiro-Oliveira**

**Olga Maria Martins de Sousa Valentim**

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



**Volume 1**

# **PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

## **DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS**

**Autores:**

**Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá**

**Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira**

**Laura Maria Monteiro Viegas**

**Cristina Maria Rosa Jeremias**

**José Edmundo Xavier Furtado de Sousa**

**Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço**

**Fátima Moreira Rodrigues**

**Amâncio António de Sousa Carvalho**

**Anabela Salgueiro-Oliveira**

**Olga Maria Martins de Sousa Valentim**

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



**Volume 1**

Editora Omnis Scientia

**PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA  
DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

## **Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

## **Autores**

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

## **Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

## **Editores de Área - Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

## **Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

## **Imagem de Capa**

Freepik

## **Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

## **Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são  
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Lumos Assessoria Editorial  
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P962 Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea : diversidade de perspectivas e contextos : volume 1 [recurso eletrônico] / Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.  
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-65-5854-626-9  
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9

1. Cuidados de saúde. 2. Enfermagem – Prática. 3. Serviços de saúde. 4. Medicina social. I. Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de. II. Oliveira, Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de. III. Viegas, Laura Maria Monteiro. IV. Jeremias, Cristina Maria Rosa. V. Sousa, José Edmundo Xavier Furtado de. VI. Cabaço, Lina Maria de Jesus Antunes. VII. Rodrigues, Fátima Moreira. VIII. Carvalho, Amâncio António de Sousa. IX. Salgueiro-Oliveira, Anabela. X. Título.

CDD 610.736

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



# PREFÁCIO

A coletânea de artigos que integram a obra com o título *Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea - Diversidade de perspectivas e contextos*, publicada pela Editora Omnis Scientia, apresenta diversas temáticas do conhecimento na área da saúde e também das ciências sociais. Os estudos apresentados neste volume abordam temas atuais e de interesse para diferentes tipos de público.

Agradecemos aos autores por todo esforço e empenho na elaboração do e-book, desejando que os materiais divulgados possam contribuir para a fundamentação, discussão e olhares renovados sobre questões contemporâneas na área da saúde, que interessam a estes profissionais, em diferentes domínios, mas também a docentes, estudantes e investigadores, potenciando a reflexão em torno da saúde na atualidade.

Fatima Moreira Rodrigues

# SUMÁRIO

**CAPÍTULO 1.....10**

**CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO**

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/10-20**

**CAPÍTULO 2.....21**

**CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL**

Cristina Maria Rosa Jeremias

Maria dos Anjos Pereira Lopes

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/21-39**

**CAPÍTULO 3.....40**

**O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA**

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/40-52**

**CAPÍTULO 4.....53**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR**

Laura Maria Monteiro Viegas

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/53-71**

**CAPÍTULO 5.....72**

**CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS**

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/72-88**

<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>89</b>
<b>A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	
Amâncio António de Sousa Carvalho	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/89-110</b>	
<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>111</b>
<b>TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/111-124</b>	
<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>125</b>
<b>MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE</b>	
Fátima Moreira Rodrigues	
Cristina Maria Rosa Jeremias	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/125-144</b>	
<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>145</b>
<b>PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECCÕES</b>	
Anabela Salgueiro-Oliveira	
Remy Cardoso	
Beatriz Serembeque	
Paulo Santos-Costa	
Rafael A. Bernardes	
Fernando Gama	
David Adriano	
Joana Bernardo	
Liliana B. Sousa	
Nádia Osório	
João Graveto	



Pedro Parreira

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/145-161**

**CAPÍTULO 10.....162**

**CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL:  
CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR**

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Ana Isabel Fernandes Querido

João José Rolo Longo

Tânia Sofia Pereira Correia

Carlos António Laranjeira

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/162-176**

### MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE

**Fátima Moreira Rodrigues;**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) – Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1686-7293>

E-mail: mrodrigues@esel.pt

**Cristina Maria Rosa Jeremias.**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) – Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8339-1606>

**RESUMO:** Uma das formas de violência baseada no género é a mutilação genital feminina, que consiste num atentado aos direitos e liberdades limitando a autodeterminação de meninas e mulheres, privando-as do direito à integridade física e psicológica e com consequências para a saúde das mutiladas. Sendo um problema de direitos humanos, de saúde pública e de igualdade da mulher, que afeta as populações onde a prática ancestral é originária, mas também os países que acolhem imigrantes oriundas destes locais. Neste capítulo enquadrámos a natureza, magnitude e extensão do fenómeno e apresentamos um estudo transversal, descritivo e qualitativo. O objetivo é caracterizar os fatores que contribuem para a continuidade da mutilação genital feminina. A amostra de conveniência é de seis mulheres com idades entre os 18 e os 26 anos, provenientes de famílias de origem africana, que frequentam uma comunidade islâmica na periferia de Lisboa. O método de tratamento do material empírico é a análise de conteúdo e o referencial teórico é o Neuman Systems Model. Os achados evidenciam que vários fatores contribuem para a continuidade desta prática como: querer respeitar a tradição e as normas comunitárias; ser reconhecida como mulher; gerar sentimentos de pureza e de pertença ao grupo; pressão externa da família e da comunidade e influência religiosa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mutilação Genital Feminina. Práticas Culturais. Direitos Humanos.

## FEMALE GENITAL MUTILATION - FACTORS THAT CONTRIBUTE TO CONTINUITY

**ABSTRACT:** One of the forms of gender-based violence is female genital mutilation, which is an attack on the rights and freedoms by limiting the self-determination of girls and women, depriving them of the right to physical and psychological integrity and with consequences for the health of the mutilated. Being a problem of human rights, public health, and equality of women, which affects the populations where the ancestral practice originates, but also the countries that welcome immigrants from these places. In this chapter we frame the nature, magnitude and extent of the phenomenon and present a cross-sectional, descriptive, and qualitative study. The objective is to characterize the factors that contribute to the continuity of female genital mutilation. The convenience sample is made up of six women aged between 18 and 26, from families of African origin, who attend an Islamic community on the outskirts of Lisbon. The method of treating the empirical material is content analysis and the theoretical framework is the Neuman Systems Model. The findings show that several factors contribute to the continuity of this practice, such as: wanting to respect tradition and community norms; to be recognized as a woman; generate feelings of purity and belonging to the group; external pressure from family and community and religious influence.

**KEY-WORDS:** Female Genital Mutilation. Cultural Practices. Human Rights.

### INTRODUÇÃO

Cada vez mais os profissionais de saúde cuidam de pessoas e de famílias de diferentes nacionalidades, culturas, grupo étnicos e religiosos, o que não sendo um fato novo, porque sempre houve fluxos migratórios, é um desafio para dar resposta às necessidades de clientes culturalmente diferentes. Esta realidade suscita nos profissionais de saúde o ensejo e a oportunidade de aprenderem a lidar com pessoas com tradições *sui generis* e modos de viver os processos de saúde doença e os rituais de transição de forma peculiar, pelo que emerge a necessidade de desenvolver competências transculturais, de acordo com a Teoria Cultural do Cuidado, que orienta para o estudo do comportamento humano nos contextos ambientais (LEININGER e MCFARLAND, 2006).

Muitas práticas culturais são salutogénicas, porém merece especial atenção uma prática cultural com consequências nefastas para saúde das vítimas que são crianças e jovens do sexo feminino submetidas a mutilação genital.

Tendo por referência indicadores de prevalência e as estimativas de que pessoas do sexo feminino venham a ser mutiladas em territórios e nações onde esta prática não era habitual, o fenómeno torna-se preocupante. Em muitos países esta prática ancestral tem merecido o alerta de diferentes organizações locais, nacionais e a atenção da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A problemática da mutilação genital feminina (MGF) pode ser analisada por diferentes ângulos: histórico, sociocultural, antropológico e até religioso. Sem negar nem excluir nenhuma das possíveis abordagens, porque todas enriquecem a compreensão deste fenómeno, mas a perspectiva de análise é centrada num problema de saúde pública, pelo que é contextualizada tendo em consideração os indicadores e estimativas de incidência, de prevalência, a abrangência geodemografia e consequências para a saúde.

Para analisar o fenómeno elaborou-se um estudo descritivo transversal realizado em mulheres que viveram esta prática cultural. A pesquisa tem como objetivo caracterizar os fatores que contribuem para a continuidade da mutilação genital feminina de crianças e jovens provenientes de famílias imigrantes oriundas de países africanos, numa perspectiva sistémica, tendo por referencial a abordagem de NEUMAN e FAWCETT (2011).

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Sendo um fenómeno complexo e que pode envolver diversas abordagens foi contextualizado no sentido de responder a algumas questões de partida para análise e reflexão sobre a problemática.

O que é a mutilação genital feminina?

Sendo um fenómeno sociocultural difere de acordo com a tradição local?

Que tipos de mutilação existe?

Quem são as principais destinatárias?

Qual a dimensão geodemografia e epidemiológica do fenómeno?

Definindo o que é a mutilação genital feminina, de um modo geral, é o corte ou a remoção deliberada da genitália feminina externa. De acordo com a cultura surge com múltiplas designações: corte, circuncisão feminina, excisão, operação, cirurgia genital feminina, clitoridectomia, prática tradicional, pequeno fanado (MARTINHO, 2018). Independente da denominação sociocultural, a ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2009), considera importante manter a designação de mutilação, porque a vítima sofre uma ablação, sendo amputada de uma parte do corpo, pelo que inclui todas as práticas feitas deliberadamente por homens e mulheres, noutros seres humanos por razões não médicas, mas por motivos culturais ou convenções sociais e que têm consequências nefastas na saúde e nos direitos das vítimas.

Quanto às origens desta prática milenar, não há exatidão histórica, supondo-se que existia no antigo Egito, daí a designação de “circuncisão faraónica”. Havendo registo num papiro de 163 A.C., atualmente no Museu Britânico em Londres (PAIXÃO e SILVA, 2019). Na Roma antiga era tradição colocar anéis metálicos nos genitais das escravas para impedir a procriação e os registos sobre a escravatura africana referem o costume de suturar as mulheres tornando-as mais caras e preferidas por razões de castidade. No Reino Unido no

século XIX, há relatos de clitoridectomia para o tratamento de epilepsia e da masturbação.

A mutilação não é idêntica em todas as culturas. Estão descritos vários tipos de práticas. A ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2009) considera quatro tipologias, ilustradas na figura 1.

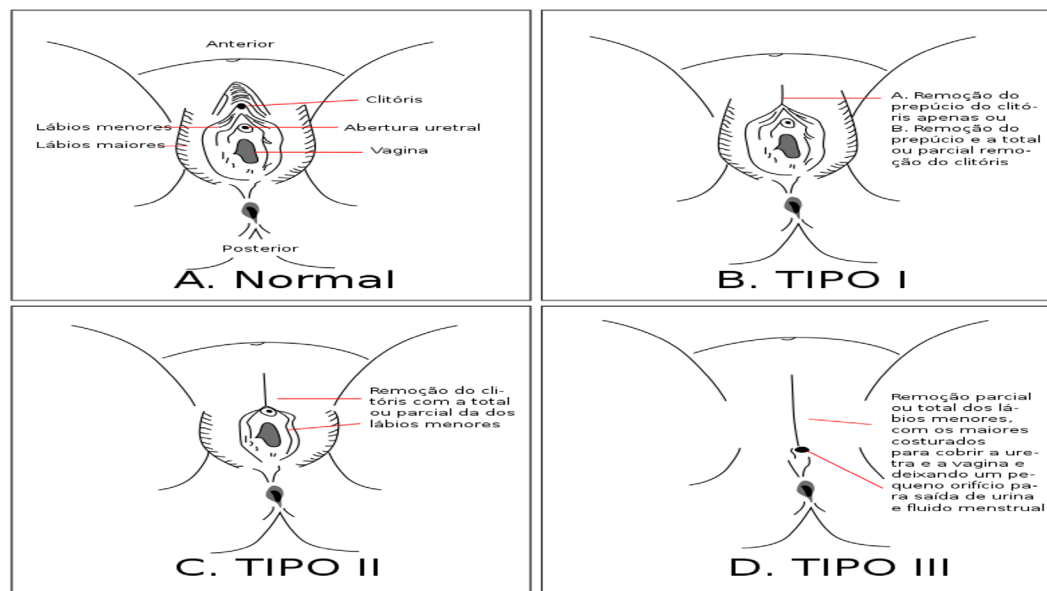
Tipo 1: Clitoridectomia, é a remoção parcial ou total do clitóris.

Tipo 2: Excisão, é a remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios. Com ou sem a remoção dos grandes lábios.

Tipo 3: Infibulação, é o corte ou reposicionamento dos grandes e dos pequenos lábios em que a vulva desaparece, ficando o períneo liso. É feita uma sutura que deixa um orifício residual e para o manter aberto na cicatrização colocam um filete de madeira ou palha. Após o corte as pernas devem ficar amarradas durante duas a quatro semanas para cicatrizar. As vítimas por ocasião do casamento são “abertas” pelo marido ou por uma “matrona”, usando um objeto cortante. Quando tiver o primeiro filho, essa abertura é aumentada para permitir o parto, o que é difícil, porque o tecido cicatricial não distende.

Tipo 4: Relativa a diversos procedimentos. Inclui todos os outros tipos de procedimentos para fins não médicos, como perfuração, incisão, raspagem e cauterização do clitóris ou da área genital (BELIZ, 2021).

**Figura 1:** Tipos de mutilação genital feminina



**Fonte:** Organização Mundial de Saúde, 2006.

As diferentes tipologias não têm idêntica prevalência. Segundo MURRAY (2013), 90% das MGF são dos dois primeiros tipos (clitoridectomia e excisão). Os restantes 10% são mulheres que passam pela forma mais agressiva, a infibulação, variando as práticas

de país para país e no mesmo país de região para região, de acordo com os grupos étnicos ou tribos. Em países como Djibouti, Somália e Sudão, mais de 65% de todos os casos observados são de sutura da vulva, de modo a assegurar que as mulheres permanecerão virgens até ao casamento (MURRAY, 2013).

As vítimas estão inseridas em grupos étnicos onde este ritual é transmitido de geração em geração e pode ocorrer em diferentes fases do seu ciclo de vida. Em metade dos países em que é praticada, as meninas são mutiladas antes dos 5 anos de idade, nos restantes ocorre entre os 5 e os 14 anos, sendo geralmente feita por praticantes tradicionais (vizinhos, moradores, parteiras locais ou fanatecas) que veem no ato uma “obrigação moral com os seus antepassados” (VERMELHO, 2020).

Esta prática tão lesiva decorre sem apoio clínico, sem preparação nem autorização das mutiladas, sem anestesia, sem medicação e sem higiene, dado que o mesmo instrumento cortante pode ser utilizado em várias meninas na mesma cerimónia. Em alguns países africanos ocorre em ambiente natural, com as meninas deitadas ou sentadas no chão. São diversos os objetos usados, desde facas, pedaços de vidro, lâminas, tesouras, etc. Os instrumentos podem ser transmitidos de geração em geração, têm um caráter sagrado e fazem parte do acervo cultural (SILVA, 2015).

Para compreender a dimensão do problema é necessário analisar a abrangência geodemografia do fenómeno. Não é fácil determinar com exatidão os números relativos à incidência nem à prevalência, pelo que os dados são baseados em estimativas feitas por peritos, porque muitas mulheres entrevistadas pelo United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) e pela World Health Organization (WHO), não respondem, geralmente por dois motivos: consideram tabu discutir a mutilação, de acordo com a cultura da sua comunidade e não se pronunciam sobre um assunto íntimo com estranhos, por outro lado podem recear represálias, retaliações ou processos contra familiares ou membros da comunidade, particularmente em países onde a prática é ilegal (ONTIVEROS, 2019).

A MGF é uma prática ancestral, comum entre povos de África e Ásia, estando ancorada em raízes socioculturais, como um ritual de passagem da infância à vida adulta praticado em cerca de 28 países africanos e em grupos na Ásia e no Oriente Médio (BELIZ, 2021). Devido à imigração, e apesar de restrições legais, a prática é encontrada em países dos cinco continentes. Segundo o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos Estados Unidos em 2012, aproximadamente 513 mil mulheres haviam passado pela mutilação, apesar de em 27 dos 50 estados terem leis que a condenam. Na União Europeia a prevalência ronda as 500 mil mutiladas. A nível mundial estima-se que são 200 milhões. As previsões apontam para que anualmente estão em risco mais de 2 milhões de jovens, ou seja, cerca de 6.000 mulheres por dia, segundo dados das organizações nacionais e mundiais que lutam contra esta prática (MONTEIRO, 2021; DJALO, 2019; P&D FACTOR, 2015; UNICEF, 2016). Considerando os autores que se não intervier até 2030, serão mais 68 milhões de vítimas, só nos 25 países africanos onde há maior prevalência. Esta prática

é ofensiva e contribui para a mortalidade de crianças e jovens do sexo feminino. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das jovens morre durante a cerimônia da mutilação e 25% morre posteriormente devido a complicações associadas à MGF (SCHWIKOWSKI, STEFFES-HALMER, BARRY, 2019).

O fenómeno tem contornos tão abrangentes que a World Health Organization considerou o dia 6 de fevereiro como o Dia Internacional de Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina com o intuito de sensibilizar para a crueldade desta prática, que é avassaladora, pelo que a ONU no documento transversal “Transformar o Nosso Mundo da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, no objetivo número cinco de Desenvolvimento Sustentável relativo à “Igualdade de Género” refere a necessidade de empoderar as jovens e mulheres (P&D FACTOR, 2015).

Face à abrangência do problema muitos países têm proibido a MGF, sendo ilegal em, pelo menos 17, dos 28 países africanos em que ocorre, o que não invalida que continue de forma clandestina. Segundo o relatório publicado pelo UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN’S EMERGENCY FUND (2016), os números da prevalência, referem que no Egito foram mutiladas mais de 27 milhões de meninas; na Etiópia foram 23.8 milhões, na Nigéria 20 milhões. Na Guiné-Bissau, metade das mulheres em idade fértil foram submetidas a esta prática. No Sudão, cerca de 90% das mulheres são mutiladas, a prática tornou-se ilegal em maio de 2020. Porém, há países onde quase toda a população feminina é dizimada, como na Somália cuja prevalência ronda os 98% (SCHWIKOWSKI, STEFFES-HALMER, BARRY, 2019).

O relatório Child Protection From Violence, Exploitation And Abuse, das NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN’S EMERGENCY FUND (2011), infere que a invasão à integridade do corpo humano está em crescimento, o que se reflete na adesão dos países a legislações que condenam o ato. Apesar de ser punida em muitos países, o relatório da UNICEF de 2016, refere que a maioria das meninas e mulheres que passaram ou podem passar pela prática não querem que ela perpetue, variando as opiniões contra de 83 a 93% em diferentes países como Gana, Burkina Faso, Nigéria, Iraque e Quênia. Porém as mulheres são pressionadas a submeterem-se correndo o risco de serem excluídas e de não casarem, por serem consideradas sujas e impuras.

A América do Sul é uma das regiões onde o fenómeno tem menor expressão. No entanto há registo, desde 2007, de grupos indígenas na América Central e do Sul, em países como o Peru e Colômbia, onde surgiram evidências de casos de MGF tipo I (clitoridectomia) em recém-nascidas entre o povo Embera na Colômbia (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2011). Não há dados relevantes de incidência ou prevalência de MGF nas 27 unidades federativas do Brasil.

Em Portugal não havia a tradição da MGF, mas por fluxos demográficos que advém de movimentos migratórios ou de refugiados, a situação alterou-se nas últimas décadas (BELIZ, 2021). Estima-se que a prevalência em Portugal, em 2015, era de 6.576 mulheres



com mais de 15 anos que tinham sido sujeitas a esta prática, o que correspondia a uma prevalência de 49% do número de mulheres residentes no território português, nascidas ou oriundas de países praticantes, isto é, países africanos (LISBOA, 2015). Tendo em conta que os tipos I e II são os mais prevalentes na Guiné-Bissau e que, em Portugal esta comunidade tem grande expressão, no conjunto dos países praticantes, é expectável que sejam estes os tipos com maior prevalência, representando cerca de 82% das mulheres vítimas de mutilação em Portugal (LISBOA, 2015).

Não havendo registos do fenómeno, estes começaram a ser monitorizados a partir de 2014 pelo gabinete da Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade. A Direção-Geral da Saúde entre 2014 e 2017, registou a notificação eletrónica de 237 casos, na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo a maioria oriundos da Guiné-Bissau, Guiné-Conacri e Senegal, contudo consideram a possibilidade de haver mais casos não notificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A notificação continua ativa, em 2018 foram registados 64 casos, em 2019 foram 129 casos e em 2020 somou 101 casos (MONTEIRO, 2021).

Face a este panorama realizou-se um estudo em mulheres vítimas de MGF residentes em Portugal, para observar as dimensões que envolvem a continuidade da prática.

## **METODOLOGIA**

Elaborou-se um estudo descritivo de natureza qualitativo. A população alvo são mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos de origem africana, que frequentam uma comunidade islâmica na periferia de Lisboa.

Formulou-se a questão: Que fatores contribuem para a continuidade da MGF das jovens, de famílias provenientes de grupos étnicos africanos?

A recolha de material empírico resulta de uma amostra de conveniência de seis participantes. Foram realizadas entrevistas em profundidade, gravadas em Mp3 e posteriormente sujeitas a análise do discurso (BARDIN, 2016).

As categorias foram organizadas de forma apriorística, porque considerou-se as cinco variáveis do modelo de sistemas de Neuman que são abrangentes e comportam subcategorias que emergiram das falas das participantes, o que se tornou vantajoso por permitir um balizamento na organização das unidades de análise pelas cinco categorias e a partir daí diversificá-las em subcategorias, como está sintetizado no quadro 2.

Nos procedimentos éticos foram considerados os princípios da declaração de Helsínquia. Foi obtido o consentimento informado das participantes, que autorizaram conceder a entrevista e que esta fosse gravada. Foi assumido manter o anonimato sendo nomeadas por participante P1; P2; Pn, etc. As entrevistas decorreram antes de 2020, num local frequentado pela comunidade guineense, pelo que obtivemos o consentimento e a colaboração do Centro Islâmico e Cultural Colina do Cruzeiro, que muito agradecemos.



## RESULTADOS

A amostra de conveniência é constituída por 6 participantes e o core tem como características comuns: serem mulheres com mais de 18 anos, terem sido sujeitas a MGF em criança, provenientes de famílias africanas de origem guineense, professarem a religião islâmica e terem o nível de ensino obrigatório em Portugal, isto é, pelo menos 12 anos de escolaridade. Os elementos diferenciadores da amostra, como a idade, estado civil, número de filhos, idade em que foi mutilada e o local, estão sintetizados no quadro 1.

**Quadro 1:** Core das participantes

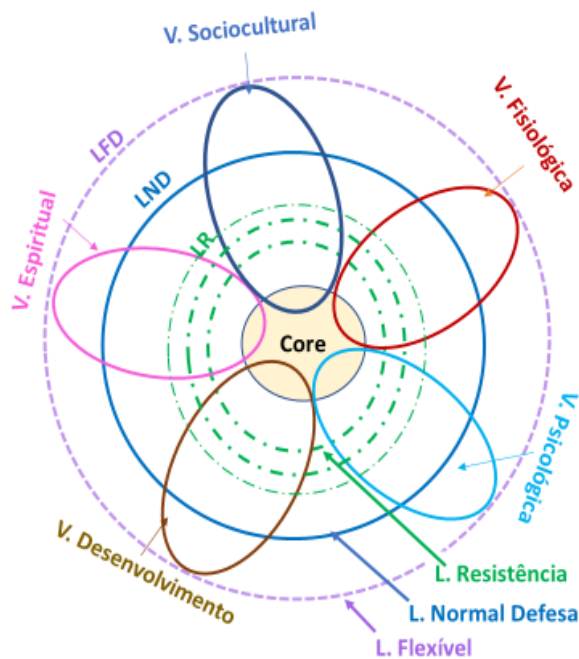
Participantes	Idade	Estado civil	Situação laboral	Filhos	Origem familiar e étnica	Onde fez a MGF	Idade em que ocorreu a MGF
1	18	solteira	estudante	0	Mandinga	Guiné	5 anos
2	20	casada	doméstica	1	Mandinga	Senegal	9 anos
3	21	solteira	empregada	0	Fula	Guiné	Menos de 10
4	21	casada	doméstica	0	Saranculé	Guiné	12 anos
5	24	casada	empregada	2	Fula	Guiné	Não recorda
6	26	casada	doméstica	2	Mandinga	Portugal	11 anos

**Fonte:** dados do estudo

A forma como se elabora a sexualidade tem por base uma complexidade de domínios que nos torna pessoas únicas. Um dos domínios integra a perspectiva e a vivência do corpo, que inclui o corpo físico, psicológico, social, cultural e espiritual. A junção destes corpos orienta o modo de pensar, sentir e se expressar. Organizamos o material empírico em torno das variáveis do modelo sistémico, expresso na figura 2, que inclui as variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sociocultural e espiritual que se organizam em torno do core e das linhas de resistência, de defesa e flexível (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

**Figura 2:** Características da amostra de acordo com o referencial sistêmico de NEUMAN e FAWCETT (2011).

Níveis	Variáveis do sistema
Core (6 mulheres)	<p><u>V. Fisiológica</u> Idade [18 - 26 anos].</p> <p><u>V. Psicológica</u> 3 sentiram medo de morrer durante a prática.</p> <p><u>V. Sociocultural</u> escolaridade, tem pelo menos 12 anos de escolaridade. Proveniência de famílias africanas e das tribos Mandinga, Fulas e Saranculé.</p> <p><u>V. Desenvolvimento</u> A MGF ocorreu antes da puberdade</p> <p>Estado civil: 4 casadas e 2 solteiras. 3 são mães.</p> <p>2 coabitam com a família de origem.</p> <p><u>V. Espiritual</u> Todas professam a religião islâmica.</p>
Linha Resistência	<p><u>V. Sociocultural</u> situação laboral, 2 estão empregadas.</p>
Linha Normal	<p><u>V. Fisiológica</u> 5 fizeram a MGF em África.</p> <p><u>V. Psicológica</u> 5 consideram a MGF lhes confere sentimentos de pertença.</p> <p><u>V. Sociocultural</u> Todas salientam a influência da família e da comunidade.</p> <p><u>V. Desenvolvimento</u> Todas consideraram que a MGF as marca como mulheres.</p>
Linha Flexível	<p><u>V. Fisiológica</u> 1 não quer dar continuidade ao ritual com as filhas. 2 perspetivam a mudança de ritual para algo não lesivo.</p>



**Fonte:** Dados relativos a este estudo.

Das entrevistas emergiu material empírico que foi submetido a análise de conteúdo (BARDIN, 2016) e agrupado em torno das cinco variáveis definidas pelo modelo sistêmico de referência e sintetizado no quadro 2.

**Quadro 2:** Variáveis que influenciam a prática da MGF

Variáveis do sistema	Categoria	Subcategoria
Fisiológica	Respeitar a tradição e as normas comunitárias	Marcar o corpo pelo ritual
		Dar continuidade ao ritual
		Alterar o ritual
Psicológica	Sentimentos decorrentes do ritual	Sentimento de pertença
		Sentimento de pureza
Sociocultural	Pressão externa	Influência da família
		Influência da comunidade
Desenvolvimento	Reconhecimento como mulher	
Espiritual	Influência da religião	

## Variável fisiológica

Na perspectiva da variável fisiológica, ou seja, no modo de funcionamento das práticas ligadas à MGF, as falas das participantes revelam o respeito e consideração pelas normas comunitárias emergindo três aspetos relacionados com a necessidade de marcar o corpo como identitário aos pares, dar continuidade ao ritual, no entanto compreendem a possibilidade de o alterar.

### a) Marcar o corpo pelo ritual

O ato tem um significado simbólico de integração e de defesa de uma tradição.

*«Faz parte de nós ser diferentes e assinalar essa diferença nas nossas partes mais íntimas» (P3).*

Outra perspectiva refere-se aos modelos de estética ligados ao corpo que mudam em função da cultura e estão relacionados com a realização e tipologias da excisão e com os padrões de normalidade (GRUENBAUM, 2001). A autora refere que se a pessoa cresce num contexto onde se considere uma prática generalizada como um padrão normal é previsível que os padrões estéticos sigam essa noção de normalidade em que o estado modificado do corpo seja considerado mais bonito que o original (tal como no corpo tatuado).

*«(...) é porque no nosso povo a mulher cortada é muito mais bela do que a não cortada» (P1).*

### b) Dar continuidade ao ritual

Expressam vontade de manter uma tradição ancestral e perpetuar nas gerações seguintes como forma de manter a identidade dos seus referenciais.

Ao salientar a necessidade de manter os rituais da ancestralidade algumas jovens referem:

*«As mulheres da minha família todas foram cortadas, é isso que nos faz sentido, não tem porque ser diferente» (P2).*

*«Eu sei que se luta contra isto [o fanado], até compreendo porque não percebem que isto é muito importante para a gente. Tem sido sempre assim, faz parte dos nossos há muito tempo, há séculos (...)» (P6).*

Consideram que compete a esta geração dar comunidade ao ritual que deve ser mantido.

*«Isto [o fanado] faz parte da nossa tradição, já foi assim com as nossas mães tias e avós, e a tradição tem de dar continuidade a algo que é nosso» (P4).*

*«As minhas irmãs já tinham sido e eu só me considerei igual a elas quando chegou a minha cerimónia» (P2).*

c) Alterar o ritual

Questionadas sobre a eventualidade de alterar o ritual, duas jovens referiram a possibilidade de o alterar, tornando mais simbólico e menos físico, isto é, suprimir o corte, mas mantendo a tradição.

*«É importante para nós, passar por esta experiência, mas é traumática, podia ser substituída por outra coisa, só simbólica, que não nos ferisse o corpo» (P5).*

*«Esta cerimónia é muito importante, mas acho que o corte devia de ser outra coisa. Tipo uma coisa que não nos ferisse e desse dor. Olhe, assim... fazer o mesmo como nos filmes... a fingir, simbólico, percebe?» (P1).*

Como referem LEININGER e MCFARLAND (2006), numa perspectiva multicultural dos cuidados de saúde, no processo de decisão pode-se considerar três propostas, tendo em atenção o modo de vida e as crenças compartilhadas que podem ser a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado. Algumas participantes apontam para a possibilidade de o repadronizar considerando um ritual lesivo, com consequências nefastas para a saúde, podendo torná-lo em algo que não seja nocivo.

*«(...) sei de meninas que passaram muito mal, até tiveram febre e ficaram doentes, não faz sentido sacrificar o corpo, podíamos manter a tradição, mas sem ser perigoso» (P3).*

*«Hoje penso de outra maneira, para nós os partos são mais complicados e sofremos muito para ter os filhos, (...) acho que não quero isto para as minhas filhas» (P6).*

O corpo tem constituído um desafio no sentido de nos ajustar ao momento e à realidade histórica que atravessamos, realidade que invoca uma “política da vida”, na qual o corpo centra em si as discussões em torno, tanto de novas identidades, como na proteção da continuidade de identidades históricas e da promoção de fenómenos de hibridação de culturas (GIDDENS, 2003).

## Variável Psicológica

Nas falas das participantes emergem os sentimentos que o fenómeno causa. Há uma dualidade, se por um lado sentem ansiedade e medo, esse desconforto é superado por sentimentos de pertença e de pureza. O ritual traduz-se na primeira etapa da construção identitária que marca a aceitação da jovem que se transforma em mulher e membro da comunidade em estado de pureza.

*«(...) uma rapariga da nossa comunidade quando casa tem que estar virgem e cortada para ser considerada pura e limpa» (P3).*

*«Se não passar pelo fanado e não for cortada, é considerada suja e não pode cozinhar para o marido, e assim não será uma boa mulher» (P2).*

*«Para o nosso povo uma mulher cortada é pura e a ideal» (P2).*

## Variável sociocultural

A prática do corte genital feminino foi transportada, enquanto pertença cultural, para os países de acolhimento, onde os imigrantes aspiram continuar a transmitir e a preservar as mensagens e o conhecimento ancestral. Por vezes a família junta dinheiro para mandar vir de África uma profissional (fanateca). Quando não é possível fazer o ritual nos países de acolhimento, enviam as filhas à pátria para que outros familiares assegurem que sejam circuncidadas (SCHWIKOWSKI; STEFFES-HALMER; BOB BARRY, 2019).

### a) Influência da família

O corpo das meninas vai convergindo para corpo sujeito de cultura, em que a mutilação é percebida como elemento integrante de uma identidade sociocultural, que contribui para a jovem ser socialmente aceite.

*«A minha família queria que eu seguisse a tradição, por isso antes de vir para Portugal eu e as minhas irmãs fomos todas cortadas» (P1).*

*«Só assim [cortada] uma mulher será aceite pela sua família, pela do marido e pelos outros como sendo uma boa mulher» (P2).*

Nem sempre há acordo entre as famílias com o controlo exercício sobre o corpo da jovem. Uma participante referiu os conflitos entre os progenitores. O pai, que não era guineense, não queria manter o ritual, mas a decisão da família materna prevaleceu.

*«O meu pai não queria, mas fui com a minha mãe visitar as tias a Bafatá e tudo aconteceu» (P2).*

*«São assuntos de mulheres, o meu pai nem soube, mas ficou aborrecido quando soube» (P2).*

#### b) Influência da comunidade

Nas comunidades onde a pertença ao grupo faz parte da identidade pessoal, para uma jovem que não tenha sido submetida à excisão dos genitais, a ausência dessa marca poderá traduzir-se em exclusão social ou sinal de não ter boa formação.

*«(...) depois de tudo passar até tenho orgulho de ser cortada» (P2).*

*«As meninas que estão cortadas podem escolher melhores maridos, pois tem outro valor e são mais bem aceites para esposas» (P5).*

*«(...) é que se não formos cortadas os homens da minha comunidade não nos querem e as famílias deles também, e se casarmos com outros olham-nos de lado e somos consideradas como as de fora» (P4).*

Em algumas comunidades as mutiladas têm melhor dote (DJALO, 2019).

### Variável desenvolvimento

As participantes salientam o significado do ritual numa perspectiva de transição de criança a mulher. MARCUSÁN e JURAUTA (2004) referem que o corte assume o significado de um rito de iniciação, que são parte integrante da construção social do indivíduo, cujos códigos de pertença são veiculados através dos ensinamentos recebidos em diversos momentos significativos do ciclo vital (nascimento, integração social, puberdade, casamento, maternidade e morte). Em alguns grupos o corte dos genitais pode ser praticado em crianças no final da infância, tradicionalmente é praticado na puberdade, mas também pode ocorrer em mulheres casadas após o primeiro parto. Nesta amostra passaram pelo ritual antes da menarca. Uma das tradições de várias etnias do continente africano, o ritual de passagem, característico na puberdade, denominado por fanado. Tem várias etapas em que a última culmina com o corte dos genitais.

*«Foi importante sentir que já era mulher e podia ser aceite pela família do meu namorado» (P4).*

*«Sem passar pelo ritual não sou considerada ainda mulher» (P3).*

## Variável espiritual

Estando presente em muitas comunidades muçulmanas, é importante dizer que esta prática não está escrita no Alcorão, nem incluída em nenhuma forma de ensinamento religioso (CAMPOS, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Embora o corte dos genitais femininos seja uma prática condenada pelo Islão, os povos islamizados praticam-no e, também a associam à *Sunnah*, como forma de dar crédito à continuidade desta prática, crendo estar associada ao cumprimento de obrigações religiosas.

«O corte é o que acontece no final do fanado e... sei que faz parte de mim como mulher e é *sunnah* na minha religião... (...)» (P4)

«Ser cortada é uma honra e faz-me sentir melhor muçulmana. O meu tio diz que o corte não tem nada a haver com o Islão e a *Sunnah*, como muitos querem que se pense assim, eu acho que é assim” (P2).

Entre algumas comunidades muçulmanas persiste a crença de que a MGF é uma prática religiosa de forma a apoiar a sua continuidade. Porém, a ideia de que o profeta Muhammad a apoiou ficou erradamente associada ao Islão devido a uma narração onde consta que, um dia o Profeta viu uma senhora a mutilar uma criança e não se manifestou. Sendo está a única referência à MGF na *Sunnah*. Esta narração foi difundida durante gerações de forma a constituir uma justificação para lhe dar continuidade (Carlos, 2015).

## DISCUSSÃO

A análise das falas das entrevistadas permite esculpir o entendimento sobre as motivações para a realização do corte e a intenção de perpetuar esta tradição.

Os resultados deste estudo estão em consonância com a pesquisa de LISBOA (2015), que refere como principais motivações a estética, a higiene íntima, a castidade, as questões de género, a sexualidade, a oportunidade matrimonial, a coesão familiar e manter a tradição. Alguns relatos salientam as pressões familiares para perpetuar a MGF, contudo há mulheres que a consideram nefasta o que também é referido nos estudos de LISBOA (2015), em que o ritual, apesar de envolver numa trama de costumes e tradições coletivas, permite e promove a iniciação e inserção das meninas na lógica simbólica comunitária do género feminino.

O estudo de RAHMAN e TOUBIA (2000) descreve três motivações principais como o costume, a sexualidade e pressão social. Sendo o costume baseado na prática de um ritual de passagem da infância à vida adulta, o que o torna parte dos valores tradicionais da sociedade. Quanto à sexualidade da mulher em muitas comunidades, a MGF é sinal de honra para a família as meninas permanecerem virgens até ao casamento. Pelo que o ritual é uma forma de controlar a vida sexual das mulheres e confere ao marido a garantia de se



manterem virgens (como no Egito, Sudão e Somália). Por outro lado, tem também a função de inibir o prazer sexual feminino após o casamento (em países como Quênia e Uganda). A pressão social é exercida na maior parte pelas mulheres das comunidades, e entendida como uma obrigação social para que as meninas possam ser reconhecidas como mulheres adultas e integrantes do grupo.

No que se relaciona com a limpeza, a ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2009) acrescenta o fator da higiene e estética, dado que a parte externa da genitália da mulher é vista como suja e desagradável, o que também é referido pelas participantes deste estudo ao salientarem que não podem cozinhar para os maridos se forem impuras.

Algumas entrevistadas consideram que a prática não traz benefícios e não pretendem submeter as filhas ao procedimento, como salienta a WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006), a MGF não apresenta nenhum benefício, ao invés apresenta graves consequências, das quais salientamos o trauma para as vítimas, dado que a prática não inclui anestesia, nem assepsia, com sequelas a nível físico e psicológico podendo, em alguns casos, dar origem à síndrome de stress pós-traumático (CAMPOS, 2010).

No imediato é comum o desconforto, causado por dor, lesões e úlceras na região mutilada, possível hemorragia e infeção, que pode levar à morte (MURRAY, 2013).

As complicações a médio ou longo prazo, manifestam-se por dificuldade de drenagem das secreções e sangue, infeções urinárias recorrentes, infeção pélvica crónica, fibrose cicatricial e fístulas, alterações sexuais com dificuldades de penetração, dispareunia e anorgasmia. A nível obstétrico está documentado a tendência acrescida para complicações na gravidez e no período expulsivo com aumento do número de cesarianas, sofrimento e morte fetal (CAMPOS, 2010).

A prática da mutilação tem associada para além de sintomas físicos e psicológicos, maiores taxas de mortalidade, de acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2008), há um risco aumentando em 50% de morte materna e infantil, com maior incidência de hemorragia pós-parto nestas mães, sendo a taxa de mortalidade dos filhos durante a gestação e no puerpério cerca de 15% maior para mães de mutilação tipo I, (clitoridermia), de 32% para mães de tipo II (excisão) e de 55% para mães que passaram pelo tipo III (infibulação) (MARTINHO, 2018; ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA, 2009).

Como referem LEININGER e MCFARLAND (2006), nas atividades de cuidar, há que considerar o comportamento humano e as suas variações que são determinados pelo processo cultural. Este estudo problematiza o relativismo cultural, conceito inerente às discussões dos direitos humanos, como forma de abordagem da realidade sensível às diferenças, mas como salientam PALHARES e SQUINCA (2013), não se pode confundir relativismo cultural com tolerância radical. A possibilidade de medicalizar os procedimentos culturalmente criados sobre o corpo feminino para reduzir as complicações decorrentes da



MGF não a isenta de valores e debates de ordem moral, porque os procedimentos médicos e de saúde têm finalidades preventivas, curativas ou reabilitadoras e seguem um código de ética no qual o bem-estar, a dignidade, a integridade e a autonomia da pessoa são valores fundamentais. Como se conclui neste estudo e a literatura evidencia, a MGF é uma prática lesiva devido às consequências a nível físico, psicológico e do desenvolvimento. Numa perspectiva de compreensão e conhecimento, os profissionais de saúde podem intervir junto destas populações não com o intuito de medicalização, clinicalização ou substituição das fanáticas por atos cirúrgicos em condições de assepsia, mas com a finalidade de promover a saúde e reduzir a incidência. Como epidemiologistas e investigadores precisam de identificar, caracterizar e monitorizar o fenómeno, realizando estudos que deem sustentabilidade, apontem soluções esclarecidas e responsáveis para influenciar medidas legislativas, as mais despolitizadas possível no sentido de preservar um equilíbrio entre o relativismo cultural e a perspectiva etnocêntrica ocidental.

## CONCLUSÕES

Cuidar de pessoas pertencentes a diferentes “tecidos socio culturais”, exige a compreensão de fenómenos relacionados com as suas vivências, tradições e rituais, no caso da temática em debate referimos a expressão da sexualidade de mulheres inseridas em famílias imigrantes, pertencentes a grupos étnicos africanos, neste caso a guineenses islamizados em que a MGF influencia a forma de estar e de conviver com o corpo e com o social.

Esta pesquisa teve algumas limitações. A recolha de informação foi um processo moroso e por vezes pautado por ausências, após confirmação algumas convidadas optaram por faltar à entrevista. Foram selecionadas adultas de modo que pudessem dar o consentimento informado, sem depender da autorização dos pais, pelo que o estudo não inclui a opinião de menores de idade. A diversidade da amostra, que no início se pretendia mais abrangente, ficou restrita a seis participantes. Sugere-se que estudos em outras comunidades possam ser elaborados, com amostras mais robustas e diversificadas para melhor compreensão da continuidade de um fenómeno ancestral e nefasto.

A interpretação dos fenómenos culturais à luz das suas motivações, hábitos e valores, devem ser contextualizados e explicados dentro do contexto do sistema em que aparecem, de forma a compreendê-los, o que pode contribuir para dar resposta às necessidades de pessoas, grupos e comunidades de uma forma culturalmente competente.

Face à magnitude do fenómeno é necessário envolver vários atores para agirem de forma local e global, unindo perspectivas de justiça, saúde, educação, políticas e socioeconómicas, com a constância necessária e a influência de lideranças locais, a MGF poderá ser entendida como uma violência à vida digna das mulheres, porque os “direitos das mulheres são direitos humanos”, como salienta a declaração de Beijing e perpetuar esta prática é manter um ciclo de subordinação e subdesenvolvimento feminino, vinculado

aos valores tradicionais, pelo que é necessário desenvolver projetos multissetoriais, permanentes e que contenham a presença de líderes das comunidades para combatê-la (VERMELHO, 2020).

Cada país deve adotar as medidas que considere adequadas para combater o problema. Para concluir pretendemos resumir a experiência portuguesa de lidar com o fenómeno, começando por contextualizá-lo jurídica e politicamente. De acordo com o artigo 144 do Código Penal Português, a prática da MGF é um crime de ofensa contra a integridade física grave. Este problema passou a estar inscrito no III Plano Nacional para a Igualdade de Género desde 2007. Com a colaboração da Direção-Geral da Saúde, estão inseridas medidas tendentes a ações de sensibilização e de prevenção nas comunidades, sendo os profissionais de saúde um sector importante para a sua irradicação ou repadronização.

Desde 2009 que o I Programa de Ação para a Eliminação da MGF está estruturado em quatro medidas: Medida 1 - Sensibilizar, Prevenir, Apoiar e Integrar; Medida 2 - Formar; Medida - 3 Conhecer e Investigar e Medida 4 - Advogar. Estas quatro medidas comprometem organismos da saúde, educação, cooperação e negócios estrangeiros, formação e investigação. Em Portugal o combate à MGF tem passado por uma aposta em várias frentes, desde a capacitação de profissionais, a produção de materiais pedagógicos, a criação de uma aplicação informática dirigida às jovens, a consciencialização nas comunidades afetadas e a criação de um grupo de trabalho de mulheres mediadoras culturais em saúde (MONTEIRO, 2021).

## DECLARAÇÃO DE INTERESSES

As autoras declaram que não têm conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico nem pessoal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA. Eliminação da mutilação genital feminina. Declaração conjunta. Lisboa: **Instituto de apoio ao desenvolvimento**. 2009. 45 p. ISBN 978-972-8291-25-9. Tradução da World Health Organization. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/mutilacao.pdf>

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 142 p. ISBN 978-85-62938-04-7.

BELIZ, Vânia. Mutilação genital feminina: uma violenta realidade que teima em não acabar. **Jornal Raio X**. Jornal de saúde online de 8 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://raiox.pt/mutilacao-genital-feminina-uma-violenta-realidade-que-teima-em-nao-acabar/>

CAMPOS, Ana Correia. Mutilação genital feminina - a importância de reconhecer e de saber como agir. **Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa**. Lisboa, 2010, n. 4, p. 152-156. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/1334>

CARLOS, João. Mutilação genital feminina não é preceito do Islão. **Notícias. Guiné-Bissau**, p. 1-3, 2015. Disponível em <https://www.dw.com/pt-002/mutilação-genital-feminina-não-é-preceito-do-islão/a-18276459>

DJALO, Abibatu. Compreensão da prática da cultural africana entre a tradição e os limites: mutilação genital feminina na Guiné-Bissau praticada na Setor Autónomo de Bissau anos de 2001 a 2003. **Revista Africa e Africanidades**. Brasil, ano XII, nº 30, p.1-12, 2019. ISSN 1983-2354. Disponível em: <http://africaeaficanidades.com.br/documentos/0070052019.pdf>

GIDDENS, António. **Transformações da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas**. 2ª edição. São Paulo: Editora UNESP, 2003. 228 p. ISBN 978-8571390379.

GRUENBAUM, E. **The Female Circumcision Controversy: an Anthropological Perspective**, Philadelphia: PENN, 2001. 256 p. ISBN 9780812217469.

LEININGER, Madeleine; MCFARLAND, Marilyn. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2ª edição. New York: Jones and Bartlett Publishers, 2006. 413 p. ISBN 978-0-7637-3437-4.

LISBOA, Manuel. Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação. **Relatório Final**. Lisboa: FCSH Universidade Nova de Lisboa, 2015. 162 p. ISBN: 978-989-755-188-8. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Estudo-preval%C3%Aancia-MGF-finalpp.pdf>

MARCUSÁN, Adriana Kaplan; JURAUTA, Maria José perez (Coord). Mutilación genital femenina: prevención y atención. **Associació Catalana de Llevadores**, Barcelona, 2004. 63 p. Deposito legal B-7419-2004. Disponível em: [http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/mutilacions\\_extensa.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/mutilacions_extensa.pdf)

MARTINHO, Solange Aparecida. Mutilação Genital Feminina: Um Selo Religioso Milenar (In)Violável para as Mulheres e (In)Visível para os Homens. **Revista Lusófona De Ciência Das Religiões**, Lisboa, v. 21, nº 4, p. 103-143, 2018. ISSN 1645-5584. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/cienciareligioes/issue/view/734>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mutilação genital feminina, análise dos casos registados na PDS/RSE- PP 2014-2017**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018. 19 p. ISBN: 978-972-675-282-0.

MONTEIRO, Rosa. Detetados em Portugal 101 casos de mutilação genital feminina em 2020. **Observador**, 2021. Disponível em: <https://observador.pt/2021/01/15/detetados-em-portugal-101-casos-de-mutilacao-genital-feminina-em-2020/>

MURRAY, Anne Firth. **From outrage to courage: The unjust and unhealthy situation of women in poorer countries and what they are doing about it.** Common Courage Press, 2013. 374 p. ISBN 978-0615761169.

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline. **The Neuman systems model** (5th ed.), N.J.: Pearson Education, 2011. ISBN-13: 978-0135142776

ONTIVEROS, Eva. Mutilação genital feminina: o que é e por que ocorre a prática que afeta ao menos 200 milhões de mulheres. **BBC World Service**, 2019. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/mutilacao-genital-feminina-o-que-e-e-por-que-ocorre-a-pratica-que-afeta-ao-menos-200-milhoes-de-mulheres,9baaca89c97589ac406457d7a1dc31ddy1j18rey.html>

PAIXÃO, Margarida; SILVA, António Carlos. **Mutilação genital feminina: Manual de orientação para as escolas.** Lisboa. Documento produzido com o apoio da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Amadora, da Câmara Municipal da Amadora e do Alto Comissariado para as Migrações. 27 p. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Mutila%C3%A7%C3%A3o-Genital-Feminina-Manual-de-Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-as-Escolas-003.pdf>

PALHARES, Dário, SQUINCA, Flávia. Os desafios éticos da mutilação genital feminina e da circuncisão masculina. **Revista bioética, Brasília**, v. 21, nº3, p. 432-437, dezembro 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/29066>

P&D FACTOR. Dia Internacional de Tolerância zero para a mutilação genital feminina. **Associação para cooperação sobre população e desenvolvimento**, 2015. Disponível em: [www.pop.desenvolvimento.org](http://www.pop.desenvolvimento.org)

RAHMAN, Anika; TOUBIA, Nahid. **Female genital mutilation: A practical guide to worldwide laws & policies.** Zed Books, 2000. 272 p. ISBN: 9781856497732.

SCHWIKOWSKI, Martina; STEFFES-HALMER, Annabelle; BARRY, Bob. Mutilação Genital Feminina: Luta para abolir uma barbárie. **Jornal DW**, p. 1-7. 2019. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/mutila%C3%A7%C3%A3o-genital-feminina-luta-para-abolir-uma-barb%C3%A1rie/a-47379578>

SILVA, Carina Castro. **Mutilação genital feminina: Percepções de jovens guineenses residentes em Portugal e de profissionais com experiência na Guiné-Bissau.** Tese de mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas do Porto, 2015. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4917>

SILVA, Maria Carneira. “Guerra” Contra a Mutilação Genital Feminina (MGF) Danos Colaterais. In Alice Frade (coord.). **Por Nascer Mulher... um outro olhar dos Direitos Humanos.** Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 140 p. 2007, p. 16-24. ISBN 978-972-8291-22-8

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Child protection from violence, exploitation, and abuse:** A statistical snapshot. Statistics and Monitoring Section. Division of Policy and Practice, 2011.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Female Genital Mutilation/ Cutting:** A Global Concern. New York: UNICEF, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

UNITED NATIONS POPULATION FUND [UNFPA]. **Proyecto embera-wera** – Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación femenina en Colombia - América Latina, 2011.

VERMELHO, Alice. **Mutilação genital feminina e a violação dos direitos das mulheres:** entenda! Politize de 25 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.politize.com.br/mutilacao-genital-feminina/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards the elimination of female genital mutilation:** a training manual for the affected countries in the Eastern Mediterranean Region. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006.

## Índice Remissivo

### A

Acesso à saúde 72, 76, 84, 86  
Acolhimento de enfermagem 40, 42, 43, 48  
Adesão aos tratamentos 10  
Administração de medicação intravenosa 146  
Alfabetização 163  
Assistência integral à saúde 89  
Atentado aos direitos e liberdades 125  
Autoeficácia do cuidador 53, 55, 56, 65, 67

### B

Backgrounds culturais e religiosos 21  
Boas práticas de cuidar 111, 114

### C

Cateterismo periférico 147  
Cateterização venosa periférica 147, 149, 151, 154  
Cateter venoso periférico (cvp) 146  
Cidadania 7, 12, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 112, 114, 115, 119, 123  
Cidadania e saúde 72, 75, 79, 87  
Cidadania (in)visível em saúde 72, 74  
Cidadão 12, 17, 72, 74, 75, 76, 84, 86, 87  
Competência 10  
Comportamento 89, 175  
Comunicação terapêutica 40, 46  
Conceitos de sexualidade 111, 113  
Conflitos 10, 19, 36, 48, 50, 67, 87, 121, 137, 141, 157, 174  
Consciência dos direitos, deveres 72  
Crenças 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 45, 55, 56, 95, 98, 105, 113, 135, 164, 165, 174  
Cuidado de enfermagem 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 61, 123  
Cuidado de saúde culturalmente competente 10  
Cuidador 14, 15, 23, 27, 36, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 65, 68, 69, 71  
Cuidados de saúde 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 90, 93, 99, 100, 121, 135, 156, 164, 174  
Cultura 10, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 75, 97, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 129, 134, 136  
Cultura e saúde 21

### D

Debate social 72, 74  
Desafios aos enfermeiros 21

Desafios aos profissionais de saúde 10  
Desenvolvimento dos cidadãos 89, 92  
Desenvolvimento sustentável 89, 91, 92, 122  
Dimensão holística 89, 92, 107  
Direito à integridade física e psicológica 125  
Direitos humanos 37, 111, 113, 114, 119, 125, 140, 141  
Direitos humanos fundamentais 111, 114  
Direitos sexuais 111, 113, 115, 116, 120, 123, 124  
Diversidade cultural 10, 27  
Diversidade (sexual e de gênero) 111

## **E**

Educação em enfermagem 111, 114, 152  
Educação em saúde (es) 89  
Educação e promoção em saúde 21  
Educação para a sexualidade 111, 114, 117  
Enfermagem 10, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53, 70, 71, 72, 108, 111, 112, 115, 118, 119, 121, 122, 125, 145, 146, 147, 148, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 174, 176  
Enfermagem de saúde infantil 21, 23, 24, 27  
Enfermagem transcultural 21, 26  
Enfermeiro e equipe de saúde 40  
Enfermeiro e família 40  
Era da diversidade 10  
Estilos de vida 10, 26, 74, 77, 81, 89, 94, 95, 96, 97  
Estudos em enfermagem 111, 113  
Experiência pedagógica 111, 113

## **F**

Família 163  
Famílias no serviço hospitalar de emergência 40

## **G**

Gestão do stresse 53, 56, 60, 65

## **I**

Igualdade da mulher 125  
Indicadores de saúde 10, 101, 121  
Intervenção de enfermagem 42, 43, 47, 49, 50, 53, 55, 56, 61, 65, 67, 164

## **M**

Melhores oportunidades de vida 10  
Migração no mundo 10  
Mudanças sociais 10, 97, 117  
Mutilação genital feminina 125, 127, 128, 142, 143



## N

Natureza sexuada do ser humano 111

Normas sociais 10

## P

Perturbação do uso do álcool (pua) 162, 164

Pirâmide terapêutica de cuidados 40

Pobreza 10, 11

Populações migrantes 10

Prática profissional 147

Práticas de higiene 10

Práticas de saúde 10, 32, 33, 34, 36, 79

Prevenção 21, 34, 35, 43, 47, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 104, 118, 141, 146, 148, 149, 156, 157, 158, 160, 164

Problemáticas de saúde 10

Problemáticas individuais, familiares e comunitárias 21

Processo de acolhimento 40, 42, 46, 47, 48, 49

Processo de cuidar 10

Processo holístico 89, 98

Processos de construção da cidadania 72, 74

Processos de saúde/doença 10

Programa psicoeducativo 53, 56, 65, 67

Programas psicoeducacionais 163

## Q

Qualidade de vida 47, 89, 92, 114, 119

## R

Refúgio 10

Rejeição a procedimentos 10

## S

Saúde infantil 21

Saúde mental e psiquiátrica 163

Saúde pública 86, 125, 127, 162

Saúde pública 37, 89, 92, 104, 108

Saúde sexual 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124

Sem-abrigo 7, 20, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88

Serviço hospitalar de emergência 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50

Singularidades culturais 10

Sociedades saudáveis 89, 90, 92

Stresse de pearlín 53, 54

Stressores primários 53, 58, 61, 63

Stressores secundários 53, 59



## T

Tradições 10, 23, 32, 36, 126, 137, 139, 140

Transtorno do uso de álcool 163

## V

Valores 10, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36, 45, 61, 65, 66, 89, 93, 95, 102, 103, 104, 105,  
107, 108, 114, 118, 139, 140, 141, 166, 167

Violência 125, 141

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 