

# ORIENTAÇÃO

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012  
112 ANOS

Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 005/2012  
DATA: 06/02/2012  
ATUALIZAÇÃO: 22/03/2012

**ASSUNTO:** Mutilação Genital Feminina  
**PALAVRAS-CHAVE:** Corte Genital; Circuncisão Feminina; Infibulação  
**PARA:** Profissionais de Saúde  
**CONTACTOS:** Divisão de Saúde Reprodutiva – [secretariado.dsr@dgs.pt](mailto:secretariado.dsr@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Orientação seguinte:

### I – ORIENTAÇÃO

1. Os profissionais de saúde devem saber identificar e orientar (no âmbito da rede de referência materno-infantil) a criança, a jovem ou a mulher com uma mutilação genital feminina (MGF) e devem ter um papel ativo na informação das comunidades no sentido de prevenir a sua realização nas novas gerações;
2. No âmbito dos cuidados de saúde primários, o risco ou a existência de MGF podem ser identificados, em qualquer consulta ou atividade, nomeadamente em saúde infantil e juvenil, vacinação, planeamento familiar, saúde materna, saúde do adulto, psicologia e psiquiatria da comunidade e em atividades da saúde escolar;
3. Em ambiente hospitalar, o risco ou a existência de MGF podem ser identificados em todos os serviços de ambulatório ou de internamento de crianças, jovens e mulheres. Durante qualquer consulta ou internamento, nomeadamente no âmbito da ginecologia, da gravidez, parto e puerpério pode haver uma necessidade específica e imediata de intervenção;
4. Cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e cada Unidade Hospitalar devem, de acordo com a tipificação da sua comunidade, organizar uma resposta a esta situação;
5. A intervenção na criança e jovem em risco de MGF deverá estar de acordo com o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens, da Direção-Geral da Saúde; <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>;
6. Os profissionais de saúde devem envolver quando necessário, na sua intervenção, os mediadores sócio-culturais e os líderes das comunidades, inclusive líderes religiosos.

### II – CRITÉRIOS

- a. Define-se MGF como qualquer procedimento que envolva a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos da mulher ou que provoque lesões nos mesmos por razões não médicas <sup>(1)</sup>;

- b. A Organização Mundial de Saúde classifica a MGF em 4 tipos, de forma a contemplar toda a diversidade de procedimentos <sup>(1)</sup>, e que estão descritos no Quadro 1, do Anexo I;
- c. A MGF provoca alterações anatómicas e funcionais nos genitais externos femininos (ver Anexo II), originando complicações que podem ser mais ou menos graves consoante o tipo e extensão do corte, a experiência de quem realizou a mutilação, a existência ou não de condições de assepsia durante e após a realização do procedimento, a idade e a própria condição física da vítima.
- i. **COMPLICAÇÕES IMEDIATAS DA MGF** – Dor intensa; hemorragia ou choque hipovolémico; infeções ou choque séptico; dificuldades em urinar ou defecar; infeção por diferentes agentes (VIH, VHB, VHC) quando os utensílios utilizados se encontram contaminados; morte, como complicação *major*.
- ii. **COMPLICAÇÕES A LONGO PRAZO**

Alterações uro-ginecológicas – Estão descritas como possíveis complicações a existência de quistos sebáceos ou de inclusão (quistos dermoides); quelóide; úlcera; neurinoma; dismenorreia; obstrução vaginal; alterações urinárias; infeções vaginais.

Complicações psicológicas – As sequelas psicológicas da MGF são as mais difíceis de identificar. Os estudos revelam a existência de sentimentos de ansiedade, terror, humilhação e traição. Existem, também, referências a sintomas de stress pós-traumático, como insónia, pesadelos, perda de apetite, perda ou ganho de peso excessivo, pânico, dificuldades de concentração e aprendizagem e, ainda, perda de memória. A depressão, a perda de confiança, a diminuição da auto-estima e estima corporal <sup>(2)</sup>, o medo/receio de ter relações sexuais são outras das perturbações psicossomáticas que parecem estar aumentadas nas mulheres vítimas de MGF <sup>(3)</sup>.

Nos países onde esta prática não é culturalmente aceite, a psicopatologia e severidade das sequelas psicológicas são superiores em relação às sequelas psicológicas encontradas nas mulheres de países onde a prática da MGF é culturalmente aceitável <sup>(4)</sup>, exigindo, nestes casos, uma atenção acrescida e cuidados redobrados <sup>(5)</sup>.

Alterações da resposta sexual – Todos os tipos de MGF, podem provocar alterações na vivência da sexualidade. Quer as consequências físicas, quer psicológicas desta prática podem interferir na resposta sexual. A MGF tipo II ou III está associada com dispareunia, frequentemente. A clitoridectomia total ou parcial pode estar associada à diminuição, ausência e /ou dor durante a fase da excitação pela lesão dos genitais ou pela fibrose dos tecidos adjacentes cicatriciais, no entanto, não impossibilita a satisfação sexual uma vez que a estimulação de outras zonas erógenas podem resultar em relações sexuais satisfatórias.

Existem estudos que referem que os casais em que a mulher foi submetida a uma MGF do tipo III apresentam baixos níveis de satisfação sexual <sup>(6)</sup>. Os relatos destas mulheres, quando comparadas com outras que não sofreram MGF, revelam menos atividade sexual, menos prazer e menos frequência de orgasmos <sup>(7)</sup>. A MGF pode ter também um efeito na resposta sexual dos parceiros, que perante a perspetiva de relações com uma mulher

com mutilação receiam a primeira experiência sexual por anteverem dor e dificuldades acrescidas na penetração <sup>(8)</sup>.

Por isso, a presença de uma disfunção sexual, na mulher e também no companheiro, quando se aplique, deve ser orientada e tratada, contextualizando as alterações biológicas encontradas, o relacionamento afetivo e as representações individuais e sociais em que a mulher está inserida <sup>(9), (10)</sup>.

Complicações obstétricas após MGF – As mulheres com uma MGF têm uma maior probabilidade de vir a sofrer de complicações no parto, sendo esse risco diretamente proporcional à gravidade da mutilação.

Quando há obstrução significativa do canal de parto, (mais frequente na mutilação do tipo II, III e alguns do tipo IV) a incidência de cesariana, hemorragia no pós-parto, lacerações graves do períneo e o recurso à episiotomia aumentam substancialmente, tal como o tempo de hospitalização. As fístulas obstétricas são potenciais complicações de um parto demorado e obstruído <sup>(11)</sup>.

No recém-nascido, é frequente um índice de Apgar mais baixo e uma taxa de mortalidade mais elevada (risco aumentado de morte neonatal prematura e de ocorrência de nado morto) <sup>(11)</sup>.

- d. Os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres oriundas dos países onde a prática de MGF é habitual (ver Anexo III). A empatia, a confiança, a garantia de privacidade, de confidencialidade, de respeito e tolerância, são a base de qualquer entrevista e devem merecer particular atenção nesta situação.

i. Abordagem da mulher com MGF <sup>(12)</sup>

É necessário perguntar, de uma forma culturalmente sensível, se a mulher foi sujeita à prática de MGF, utilizando expressões como “cortada”, “submetida à tradição”, ou “fanado” e não usar a palavra “mutilada”. As dificuldades relacionadas com possíveis complicações, quer uro-ginecológicas, quer do foro da sexualidade (ausência de sensibilidade e de prazer sexual, dispareunia, dificuldade na penetração vaginal e anorgasmia), devem ser abordadas.

Como em qualquer situação recomenda-se que a observação ginecológica só deva ser feita se a mulher o consentir. Nesta situação particular o profissional de saúde deve ter as competências e os conhecimentos para saber identificar o tipo de MGF. Este achado deve ficar registado no processo clínico e, se possível, desenhar o aspeto da vulva para evitar a repetição da observação ginecológica.

ii. Intervenção na mulher em idade fértil

As complicações associadas à MGF podem ter um forte impacto na saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto. É necessário que os profissionais de saúde saibam atuar assertivamente neste período da vida da mulher.

- **Planeamento Familiar** – Se a MGF não provocar obstruções à observação ginecológica, nomeadamente permitir a realização do rastreio do cancro do colo do útero, a mulher não necessita de cuidados especiais.
  - **Pré-conceção** – Quando se identifica pela primeira vez uma MGF na consulta pré-concepcional pode haver necessidade de intervenção. Se a MGF for do tipo III deve ser proposta a defibulação, de modo a diminuir o risco de aborto espontâneo e permitir a cicatrização dos tecidos.
  - **Gravidez** – Se a MGF é do tipo I, II e IV e não tiver originado cicatrizes na vulva e vagina que possam provocar obstruções à observação ginecológica e ao parto, a vigilância pré-natal é semelhante ao acompanhamento de qualquer grávida. Se houver obstrução vaginal, presença de tecido fibroso, com pouca distensibilidade ou distorção da anatomia dos genitais externos, recomenda-se referência precoce para o Hospital de Apoio Perinatal. Se a MGF é do tipo III e foi identificada pela primeira vez durante a gravidez, deve ser proposta a defibulação. Esta prática deve ser realizada no 2º trimestre da gravidez, por volta das 20 semanas de gestação <sup>(13)</sup>, para redução do risco de aborto espontâneo. A defibulação reduz ainda a vaginose bacteriana, lacerações extensas do períneo e asfixia intra-parto.
  - **Trabalho de parto** – A existência de MGF não implica por si só a realização de uma cesariana. Também não está indicada a algaliação da parturiente a não ser que exista retenção urinária. Nas mulheres com MGF tipo III, e que não tenham sido defibuladas previamente, recomenda-se a cirurgia de defibulação, a realizar no segundo estadió do trabalho de parto <sup>(14)</sup>, durante uma contração e sob o efeito de analgesia epidural. Nas mulheres que tenham sido defibuladas previamente aconselha-se a realização de episiotomia pois, durante a descida da apresentação, pode ocorrer laceração grave do períneo.
  - **Puerpério** – A reinfibulação após o parto não é permitida pela Lei. O companheiro deve ser envolvido na tomada de decisão da não reinfibulação <sup>(15)</sup>, desde que haja o prévio consentimento da mulher. Deve ser dada informação sobre as consequências legais face ao risco da recém-nascida vir a ser submetida a MGF, bem como informação escrita pertinente à mulher/família sobre MGF <sup>(14)</sup>. Estes assuntos devem começar a ser abordados durante a vigilância pré-natal.
- iii. Intervenção na comunidade
- É necessário envolver as famílias e a comunidade, onde se sabe haver casos de MGF, de modo a prevenir a sua recorrência. Os profissionais de saúde devem trabalhar com a população no âmbito das Unidades de Cuidados na Comunidade. Através deste processo a comunidade será encorajada a assumir a responsabilidade pelos seus problemas e a tomar as decisões usando os seus próprios recursos e mecanismos. Existem várias estratégias que permitem o envolvimento das pessoas que se encontram descritas no Manual de Formação em Mutilação Genital Feminina para os Profissionais de Saúde <sup>(12)</sup>, disponível em:
- [http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9789728291389\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9789728291389_por.pdf)

- e. Referenciação do recém-nascido/criança/jovem em risco de MGF – Antes da alta da maternidade os profissionais de saúde devem articular com os Núcleos Hospitalares de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) a fim de ser pedido o acompanhamento continuado a esta família. A sinalização deverá ser feita através da ficha que se encontra no Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens <sup>(16)</sup>, ANEXO I em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>. No quadro C da referida ficha, no motivo de referenciação, sinalizar em *Outros* e descrever “Risco de Mutilação Genital Feminina”. Esta sinalização deve igualmente ser utilizada em crianças e jovens de qualquer idade, sempre que se identifique o risco de MGF. O plano de intervenção e apoio à família deverá ser feito pelos profissionais de saúde da unidade de saúde onde é realizada a vigilância de saúde da criança com ou sem apoio do Núcleo de Apoio às Criança e Jovens em Risco (ver anexo IV).
- f. Monitorização da Orientação – Através dos relatórios anuais de avaliação da Ação de Saúde das Crianças e Jovens em Risco, é possível identificar o número de casos referenciados por risco ou prática de MGF, na recém-nascida, criança ou jovem.

As Unidades Hospitalares e os ACES devem aproveitar as potencialidades dos programas informáticos de gestão clínica e propor a introdução da problemática da MGF, para ser possível registar e contabilizar a nível central os casos identificados.

Recomenda-se voltar a implementar o inquérito aos profissionais de saúde intitulado “*Mutilação Genital Feminina*”, para determinação do grau de conhecimento sobre esta prática nos serviços de saúde, 1 ano após a publicação desta Orientação <sup>(17)</sup>.

### III – FUNDAMENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde coloca Portugal entre os países em risco no que diz respeito à prática da Mutilação Genital Feminina <sup>(1)</sup>.

As comunidades imigrantes residentes em Portugal que praticam a MGF são principalmente originárias da África subsaariana, sendo conhecida esta prática também no Médio Oriente e Ásia assim como em alguns grupos da América Central e América do Sul <sup>(1)</sup>.

Em Portugal é necessário especial atenção à MGF, entre as comunidades e pessoas imigrantes de países que segundo a OMS <sup>(1)</sup> apresentam prevalências de MGF (Anexo III), nomeadamente, e por ordem alfabética, Costa do Marfim, Egito, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné Conacri, Nigéria, Senegal, entre outros. A análise destes dados remete para a possibilidade de existência de MGF em Portugal ou a hipótese das meninas e raparigas serem submetidas a esta prática e rituais associados em período de férias escolares aquando da visita a familiares nos países de origem. De acordo com os dados oficiais do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras no Relatório de 2010 <sup>(18)</sup> é a Guiné-Bissau que entre estes países tem uma maior comunidade residente em Portugal.

A MGF, enquanto ato de violência sexual com base nas desigualdades de género faz parte dum conjunto de práticas nefastas que ainda persistem na atualidade e é abordada em diversas convenções, e acordos internacionais e nacionais <sup>(19)</sup>. No entanto, a MGF não é apenas uma

questão física ou anatómica. Há que saber que esta prática se enquadra num universo sócio-cultural e religioso próprio, que modula a forma como a mulher vive, pensa e sente <sup>(20)</sup>.

A MGF está associada, nos países onde é praticado e tolerado por homens e mulheres, a um ritual de iniciação ou de purificação das crianças do sexo feminino, destinando-se também à preservação da moralidade, castidade, pureza e virgindade das raparigas, podendo constituir um estigma a sua não realização <sup>(21)</sup>.

O Código Penal Português, no seu artigo 144.º, considera a MGF como uma ofensa grave à integridade física, o ato praticado sobre o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a, “tirar ou afetar, de maneira grave, (...) a capacidade de fruição sexual”, aplicável, também, a atos praticados fora do território português. De acordo com a Lei portuguesa a MGF assume a natureza de crime público, o que significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo.

Uma vez que esta prática afeta essencialmente as crianças importa salientar que a Convenção sobre os Direitos das Crianças estabelece o compromisso dos Estados-Membros no respeito dos direitos das crianças sem discriminação e a adoção de medidas eficazes e adequadas para a abolição de quaisquer práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde destas.

Em relação a este tema, em 1994, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), aprovou uma resolução opondo-se à prática de MGF por obstetras e ginecologistas, incluindo uma recomendação para “combater qualquer tentativa da prática por pessoal médico ou de autorizar a sua realização, sob quaisquer circunstâncias, em estabelecimentos de saúde ou por profissionais de saúde”.

Em fevereiro de 2009, o Estado Português assumiu um compromisso específico sobre a MGF com uma iniciativa intersectorial, **I Programa de Ação para a Eliminação da MGF, que foi integrado no Plano Nacional Para Igualdade 2007-2010**, o qual reforça os direitos humanos das mulheres e crianças, nomeadamente o direito à integridade física, à saúde, à não sujeição a nenhuma forma de tortura e/ou tratamento cruel e também o direito à não discriminação. Em 2011, foi apresentado o **II Programa de Ação para a Eliminação da MGF (2011-2013)** sendo uma das principais estratégias a promoção de ações de informação/sensibilização, educação e prevenção dos riscos relacionados com a Mutilação Genital Feminina, principalmente na área da saúde sexual e reprodutiva <sup>(22)</sup>. Esta orientação faz, assim, parte de um conjunto de atividades a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde no âmbito deste Programa.

#### IV – APOIO CIENTÍFICO

Lisa Ferreira Vicente (Coordenadora)

Ana Campos – Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia

Ana Henriques – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

Ana Leça – Sociedade Portuguesa de Pediatria

Ana Lúcia Freire – Divisão de Saúde Reprodutiva – DGS

Bárbara Menezes – Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Constança Biscaia – Ordem dos Psicólogos

Fernanda Costa – Ordem dos Enfermeiros

Isabel Castelão – Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença – DGS

Lisa Vicente – Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica

Maria Manuel Deveza – Ordem dos Médicos

Rosália Marques – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

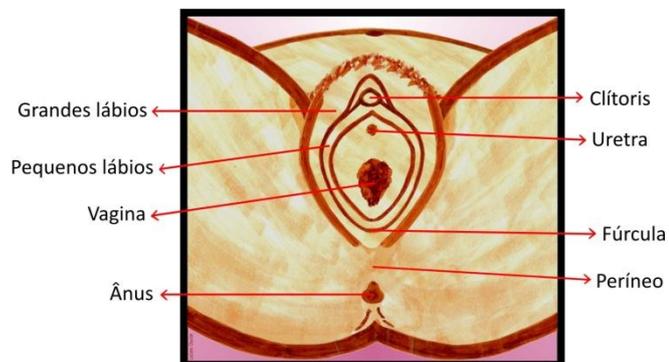
## ANEXO I

Quadro 1 – Classificação da Mutilação Genital Feminina Segundo a OMS<sup>(1)</sup>

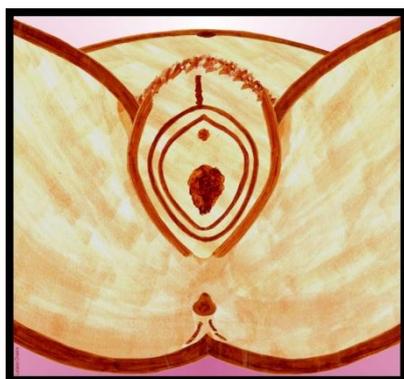
Tipo I	<p>Remoção parcial ou total do clítoris e / ou do prepúcio (clitoridectomia).</p> <p>Para distinguir as principais variações de mutilação do Tipo I são propostas as seguintes subdivisões:</p> <p><b>Tipo Ia</b> – Remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris;</p> <p><b>Tipo Ib</b> – Remoção do clítoris com o prepúcio.</p>
Tipo II	<p>Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios.</p> <p>São propostas as seguintes subdivisões:</p> <p><b>Tipo IIa</b> – Remoção apenas dos pequenos lábios;</p> <p><b>Tipo IIb</b> – Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios;</p> <p><b>Tipo IIc</b> – Remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios;</p>
Tipo III	<p>Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e / ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris, (infibulação).</p> <p>São propostas as seguintes subdivisões:</p> <p><b>Tipo IIIa</b> – Remoção e aposição dos pequenos lábios;</p> <p><b>Tipo IIIb</b> – Remoção e aposição dos grandes lábios</p>
Tipo IV	<p>Atos não classificados: todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção / picar, perfuração, incisão, corte, escarificação e cauterização.</p>

**ANEXO II**

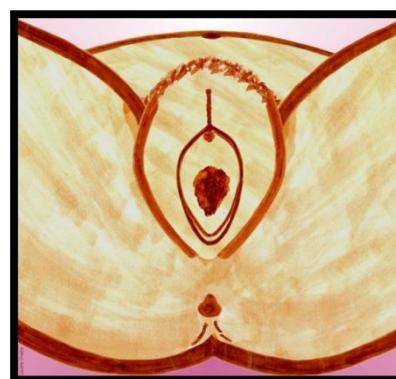
**Diagrama 1 – Aspeto dos Genitais Externos Femininos**



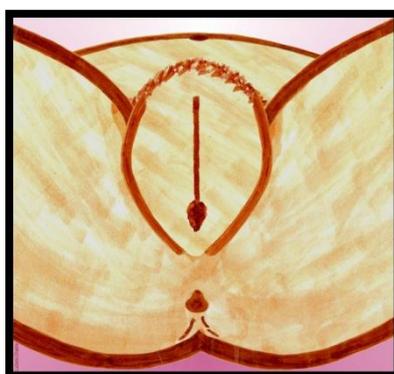
**Diagrama 2 – Mutilação Genital Feminina Tipo I**



**Diagrama 3 – Mutilação Genital Feminina Tipo II**



**Diagrama 4 – Mutilação genital feminina Tipo III**



**ANEXO III**

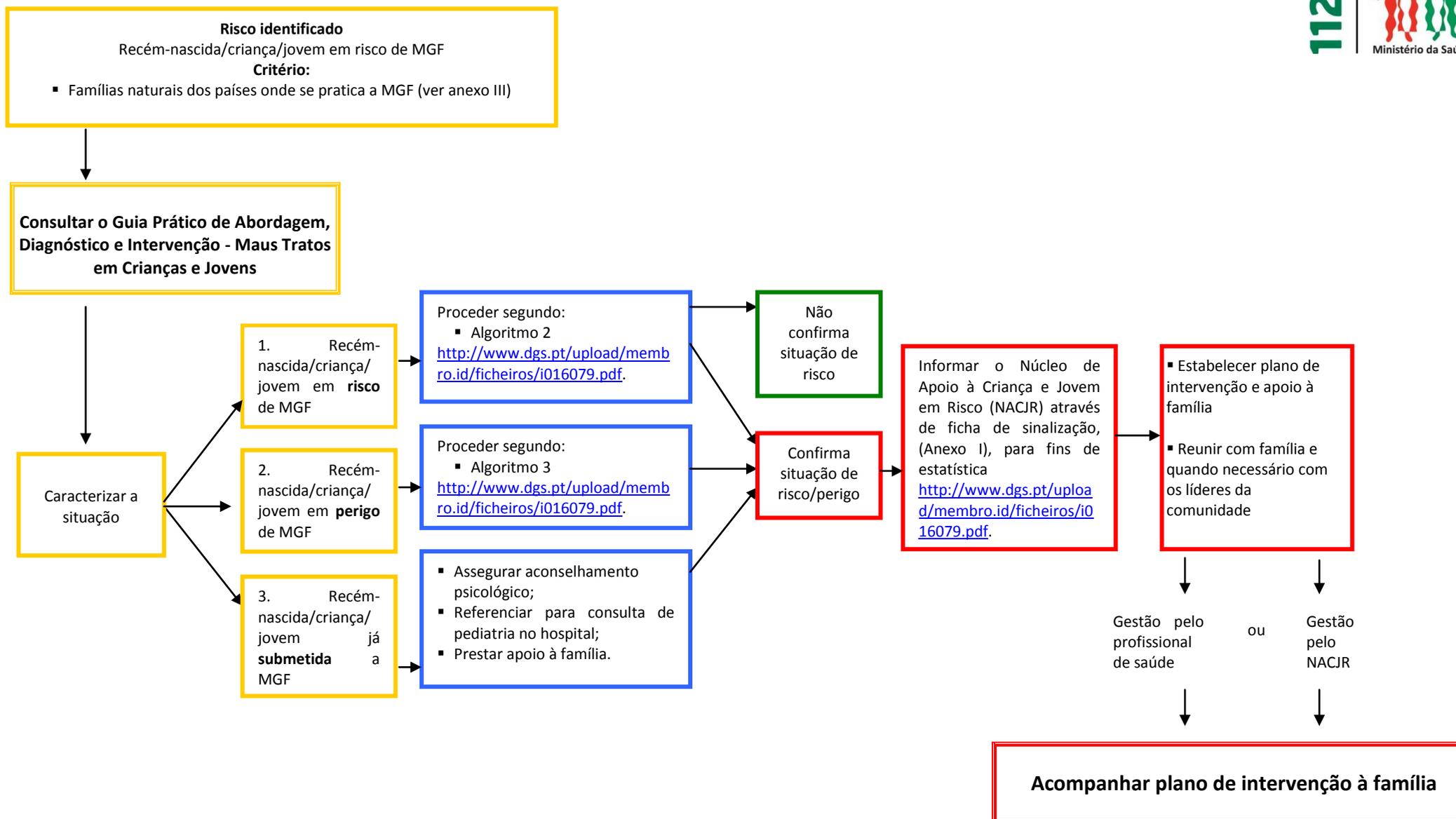
**Países onde existe mutilação genital feminina <sup>(1)</sup>**

Países	Ano	Estimativa de prevalência em meninas e mulheres 15-49 anos (%)	Dados do serviço de estrangeiro e fronteiras <sup>(18)</sup>		
			Total	Mulheres	Homens
Benim	2001	16,8	32	2	30
Burquina Fasso	2005	72,5	16	5	11
Camarões	2004	1,4	76	26	50
Chade	2004	44,9	2	2	
Costa do Marfim	2005	41,7	118	31	87
Djibuti	2006	93,1	1	1	
Egipto	2005	95,8	333	65	268
Eritreia	2002	88,7	1		1
Etiópia	2005	74,3	30	16	14
Gâmbia	2005	78,3	110	22	88
Gana	2005	3,8	169	57	112
Guiné	2005	95,6	1409	310	1099
Guiné-Bissau	2005	44,5	19871	8181	11636
Iémen	1997	22,6	9	2	7
Libéria	*	45			
Mali	2001	91,6	79	7	72
Mauritânia	2001	71,3	33	6	27
Níger	2006	2,2			
Nigéria	2003	19	286	107	179
Quénia	2003	32,2	41	22	19
Republica Centro Africana	2005	25,7	5	4	1
Senegal	2005	28,2	1677	363	1314
Serra Leoa	2005	97,9	55	10	45
Somália	2005	97,9			
Sudão do Norte	2000	90	7	3	4
Togo	2005	5,8	50	17	33
Uganda	2006	0,6	8	4	4
Tanzânia	2004	14,6			
			<b>24418</b>	<b>9263</b>	<b>15101</b>

- The estimate is derived from a variety of local and sub-national studies (Yoder and Khan, 2007).

## ANEXO IV

### Fluxograma – Abordagem e proteção da recém-nascida, criança e jovem no âmbito da mutilação genital feminina



## V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Organização Mundial da Saúde (2009). Eliminação da Mutilação Genital Feminina: declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Lisboa: APF (edição em português) - *publicada com o apoio do IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*
- <sup>2</sup> Lax, R. Socially sanctioned violence against women: female genital mutilation is its most brutal form. *Clinical Social Work Journal*, 2000;28: 403–412.
- <sup>3</sup> Berendt A. Moritz S. Post-traumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry* . 2005; 162:1000-2.
- <sup>4</sup> Kizilhan, J. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls. *Eur J Psychiatry*. 2011; 25(2): 92-100.
- <sup>5</sup> Whitehorn J. *et al.* Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 2002; Vol. 17, No. 2, 161-169.
- <sup>6</sup> Fahmy, A., El-Mouelhy M., Ragab, A. Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. 2010 Nov; 18(36):181-90.
- <sup>7</sup> Baron, E., Denmark, F. An Exploration of Female Genital Mutilation. [Volume 1087, Violence and Exploitation Against Women and Girls](#). November 2006, pages 339–355.
- <sup>8</sup> Magied, A., Musa S. Psycho-sexual Effect of Female Genital Mutilation on Sudanese Men. *The Ahfad Journal*, 2004; Vol. 21 No. 1 June 18-28.
- <sup>9</sup> Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Baldaro Verde J, Abdulcadir J, and Abdulcadir D. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *J Sex Med* 2007;4:1666–1678.
- <sup>10</sup> Krause E, Brandner S, Mueller MD, and Kuhn A. Out of Eastern Africa: Defibulation and sexual function in woman with female genital mutilation. *J Sex Med* 2011;8:1420–1425.
- <sup>11</sup> Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcomes.: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835-41.
- <sup>12</sup> Organização Mundial da Saúde e Associação para o Planeamento da Família (2009). Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos currícula de Profissionais de Saúde: Manual de Formação. Lisboa: APF (edição em português, revista e adaptada) *publicada com o apoio do IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento e UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População*.
- <sup>13</sup> Female Genital Mutilation – Pregnancy Management. Whittington Hospital Clinical Management Guideline. October 2008.
- <sup>14</sup> Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting standards to improve women’s health. Green-top Guideline nº. 53. May 2009.

<sup>15</sup> Royal College of Nursing Female Genital Mutilation. An RCN educational resource for nursing and midwifery staff. London. (2006).

<sup>16</sup> Direção-Geral da Saúde. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens. 2011.

<sup>17</sup> Gonçalves, Y (2004). Mutilação Genital Feminina. Lisboa: APF

<sup>18</sup> Bento, A., Martins, L., Machado, R., Sousa, P. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras - 2010. Oeiras, Junho de 2011.

<sup>19</sup> Convenção sobre os Direitos da Criança, adoptada a 20 de Novembro de 1989. Resolução da Assembleia Geral 44/25. UN GAOR 44ª sessão, Supp. No. 49. UN Doc. A/44/49 (entrada em vigor a 2 de Setembro de 1990). Aprovação para ratificação: Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro, publicada no Diário da República, I Série A, n.º 211/90. Ratificação: Decreto do Presidente da República n.º 49/90, de 12 de Setembro, publicado no Diário da República, I Série A, n.º 211/90.

<sup>20</sup> Vicente, LF. Intervenção de profissionais de saúde em mulheres sujeitas a mutilação genital feminina (MGF) / corte dos genitais femininos (CGF). Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos. Lisboa, 2007. Associação para o Planeamento da Família.

<sup>21</sup> Campos, A. Mutilação genital feminina. A importância de reconhecer e de saber como agir. Acta Obstet Ginecol Por. 2010; 4(3): 152-156.

<sup>22</sup> II Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina no âmbito do IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação (2011-2013).

Várias páginas que se recomenda consultar, como complemento a esta Orientação:

- [www.rainbo.org](http://www.rainbo.org). – A organização RAINBO tem excelente informação sobre vários aspetos da MGF. Tem disponíveis manuais para profissionais de saúde e utentes.
- <http://www.forwarduk.org.uk/key-issues/fgm> – Organização que dispõe na sua página de muita informação incluindo ficheiros de conduta para profissionais.
- <http://pagesperso-orange.fr/%20..associationgams/gamsiteeng/pages/presgams.html> - página do “Groupe Femmes pour l’abolition des mutilations sexuelles”- GAMS
- [http://www.rwh.org.au/fgm/guidelines/?doc\\_id=9330](http://www.rwh.org.au/fgm/guidelines/?doc_id=9330) página do Royal Women’s Hospital (Austrália) com excelentes imagens sobre os vários tipos de mutilações, técnica de defibulação e conduta no parto.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde