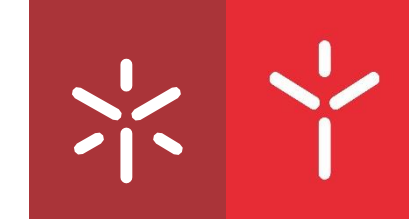




Universidade do Minho  
Escola de Direito

Bruna Filipa Afonso Viana

**Mutilação Genital Feminina:**  
impactos e consequências nas vítimas







Universidade do Minho  
Escola de Direito

Bruna Filipa Afonso Viana

## **Mutilação Genital Feminina: Impactos e Consequências nas Vítimas**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Ciências Criminais

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Margarida Maria Oliveira  
Santos**  
**Professora Doutora Mariana Adelaide Vieira  
Gonçalves Costa**

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações  
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## AGRADECIMENTOS

Chegou então a parte de agradecer a toda a gente que, direta ou indiretamente, contribui para o desenvolvimento desta dissertação, quer trabalhando juntamente comigo, quer sendo o apoio que precisei ao longo de meses.

Queria deixar um enorme agradecimento às doutoras Margarida Santos e Mariana Gonçalves pelo voto de confiança e oportunidade. À doutora Margarida, essencialmente, pelas instruções legais que enriqueceram a dissertação, e à doutora Mariana por toda a parte empírica e pela ajuda na divulgação e análise do estudo levado a cabo.

Gostaria também de agradecer à minha família que nunca me pressionou com o tempo de que dispunha e por sempre me apoiar nesta decisão que foi a de realizar uma dissertação de mestrado. Um especial obrigado à minha avó que sempre acreditou que eu era capaz de concluir esta e muitas outras etapas da minha vida.

Agradecer àquela a que já há alguns anos chamo de melhor amiga. Foi incansável, sempre oferecendo ajuda para tudo o que fosse necessário, até para fazer um simples índice. Um obrigada à minha amiga Sara que me ajudou imenso neste trabalho, sempre disponibilizando o seu tempo para me auxiliar no que fosse preciso ou me explicar algo que, por mais simples que fosse, eu não estivesse a entender. Muito obrigada, meninas!

Não podia deixar de agradecer, mesmo ele não querendo que eu o fizesse, ao meu namorado. Obrigada por todos aqueles domingos que deixamos de dar um bom passeio e ficamos os dois juntos a trabalhar na dissertação. Obrigada também por não me teres deixado desistir quando pensei algumas vezes em o fazer.

Um obrigada a todos!

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## Mutilação Genital Feminina: Impactos e Consequências nas Vítimas

### Resumo

A Mutilação Genital Feminina, tradicionalmente praticada no continente africano, estendeu-se a outros continentes sobretudo por via da imigração, constituindo-se Portugal como um país de risco para estas práticas. Violam direitos e liberdades de inúmeras meninas e mulheres, afetando, genuinamente, as suas vidas com sequelas temporárias e/ou permanentes, cujo seu estudo compõem o objetivo principal desta dissertação.

Num primeiro momento, foi fundamental recolher e sistematizar a bibliografia existente sobre o conceito, prevalência, práticas associadas, punibilidade e consequências desta prática a curto e a longo prazo. De forma complementar, foi desenvolvido um estudo empírico online com 188 profissionais de apoio à vítima, que permitiu compreender as perceções dos mesmos quanto a esta prática, com enfoque nas consequências e impacto nas vítimas. Os resultados principais revelam uma falta de formação e aposta nesta área, visto que 72,9% dos profissionais não detêm conhecimentos sobre e apenas 10,6% prestam auxílio a este tipo de vítimas. Ademais, a maioria das consequências relatadas são psicológicas (64,9%) e físicas (67,6%), nomeadamente problemas de ansiedade, depressão, sexuais, menstruais e infeções associadas ao sistema urinário.

Não basta que exista um tipo legal que preveja esta situação, sendo, igualmente, necessário o desenvolvimento de momentos de sensibilização, não só para os profissionais que atuam nesta área, como também para toda a restante comunidade. O intuito será muni-los sobre os malefícios da prática e alertar para a denúncia da mesma, aumentando-se, assim, as taxas de procura de ajuda provindas das próprias vítimas. A aposta em estudos neste âmbito não deixa de ser fundamental para efeitos de repressão do crime.

*Palavras-Chave:* Autonomização do Tipo Legal; Consequências; Mutilação Genital Feminina.

# **Female Genital Mutilation: Impacts and Consequences on Victims**

## **Abstract**

Female Genital Mutilation, traditionally practiced on the African continent, spread to other continents mainly through immigration, making Portugal a risk country for these practices. They violate the rights and freedoms of countless girls and women, genuinely affecting their lives with temporary and/or permanent consequences, the study of which forms the main objective of this dissertation.

Initially, it was essential to collect and systematize the existing bibliography on the concept, prevalence, associated practices, punishability, and consequences of this practice in the short and long term. In addition, an online empirical study was developed with 188 victim support professionals, which allowed us to understand their perceptions regarding this practice, focusing on the consequences and impact on victims. The main results reveal a lack of training and investment in this area, as 72.9% of professionals do not have knowledge about and only 10.6% provide assistance to this type of victim. Furthermore, the majority of reported consequences are psychological (64.9%) and physical (67.6%), namely anxiety, depression, sexual, and menstrual problems, and infections associated with the urinary system.

It is not enough for there to be a legal type that provides for this situation, it is also necessary to develop moments of awareness, not only for professionals who work in this area but also for the rest of the community. The aim will be to educate them about the harmful effects of the practice and to alert them to reporting it, thus increasing the rates of seeking help from the victims themselves. Investing in studies in this area is still fundamental to repress crime.

*Keywords:* Autonomization of the legal type; Consequences; Genital Female Mutilation.

## ÍNDICE

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO .....                                                        | 10 |
| CAPÍTULO I – DA COMPREENSÃO DO FENÓMENO .....                           | 13 |
| 1. Motivações para a Prática .....                                      | 17 |
| 1.1. Controlo da Sexualidade Feminina .....                             | 17 |
| 1.2. Cultura e Tradição .....                                           | 18 |
| 1.3. Pressão Social .....                                               | 18 |
| 1.4. Religião .....                                                     | 18 |
| 2. Prevalência Mundial e Nacional .....                                 | 19 |
| CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO LEGAL .....                                 | 22 |
| 1.1. Caraterização do Crime e Análise dos Pressupostos Normativos ..... | 23 |
| 1.1.1. <i>Bem Jurídico Protegido e Moldura Penal</i> .....              | 23 |
| 1.1.2. <i>Natureza Pública do Crime</i> .....                           | 24 |
| 1.1.3. <i>Tipo Objetivo de Ilícito</i> .....                            | 25 |
| 1.1.4. <i>Tipo Subjetivo de Ilícito</i> .....                           | 27 |
| 1.1.5. <i>Formas Especiais do Crime</i> .....                           | 28 |
| 1.1.6. <i>Aplicação da Lei no Espaço</i> .....                          | 29 |
| 1.1.7. <i>Consentimento e Prescrição</i> .....                          | 29 |
| 1.2. Tipo Legal – Reflexão Crítica .....                                | 31 |
| a) OMISSÃO DA PUNIÇÃO PARA O INCITAMENTO À MUTILAÇÃO .....              | 32 |
| b) INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO DE PENAS ACESSÓRIAS .....                   | 33 |
| CAPÍTULO III – CONSEQUÊNCIAS E IMPACTO NA VIDA DAS VÍTIMAS .....        | 35 |
| 1. Consequências Imediatas ou a Curto Prazo .....                       | 36 |
| 2. Complicações a Longo Prazo .....                                     | 38 |
| 2.1. MENSTRUAÇÃO E SISTEMA URINÁRIO .....                               | 38 |
| 2.2. QUELOIDES, CISTOS E ABCESSOS VULVARES .....                        | 39 |
| 2.3. PROBLEMAS SEXUAIS .....                                            | 39 |
| 2.4. PARTO .....                                                        | 41 |

|                                           |                                                               |           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.5.                                      | CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E SOCIAIS .....                    | 42        |
| <b>CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO.....</b> |                                                               | <b>44</b> |
| 1.                                        | METODOLOGIA .....                                             | 44        |
| 1.1.                                      | Participantes .....                                           | 44        |
| 1.2.                                      | Instrumento .....                                             | 45        |
| 1.3.                                      | Procedimentos.....                                            | 46        |
| 1.4.                                      | Estratégia de Análise de Dados.....                           | 47        |
| 2.                                        | RESULTADOS.....                                               | 47        |
| 2.1.                                      | Conhecimentos sobre Mutilação Genital Feminina .....          | 47        |
| 2.2.                                      | Caraterização das Vítimas .....                               | 48        |
| 2.3.                                      | Tipos de MGF.....                                             | 50        |
| 2.4.                                      | Motivações para a Prática de Mutilação .....                  | 51        |
| 2.5.                                      | Perceção das vítimas acerca da Mutilação .....                | 52        |
| 2.6.                                      | Consequências da Mutilação Genital Feminina nas Vítimas ..... | 53        |
| 2.7.                                      | Perceções dos profissionais sobre a MGF .....                 | 54        |
| 2.8.                                      | Apoio Profissional/Institucional.....                         | 55        |
| 3.                                        | DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....                                  | 56        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>                    |                                                               | <b>61</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   |                                                               | <b>64</b> |
| <b>INSTRUMENTOS JURÍDICOS.....</b>        |                                                               | <b>69</b> |
| <b>OUTROS DOCUMENTOS .....</b>            |                                                               | <b>69</b> |
| <b>ANEXO 1 .....</b>                      |                                                               | <b>72</b> |

**Lista de Figuras**

Figura 1..... 16

Figura 2..... 16

Figura 3..... 17

**Lista de Tabelas**

Tabela 1 ..... 44

Tabela 2 ..... 47

Tabela 3 ..... 48

Tabela 4 ..... 50

Tabela 5 ..... 51

Tabela 6 ..... 52

Tabela 7 ..... 52

Tabela 8 ..... 53

Tabela 9 ..... 55

Tabela 10 ..... 56

## **SIGLAS**

CNPDPJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

DGS – Direção-Geral da Saúde

MGF – Mutilação Genital Feminina

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAV – Técnico de Apoio à Vítima

TSPT – Transtorno de Stress Pós-Traumático

UE – União Europeia

UNFPA – United Nations Population Fund

UNICEF – United Nations Children’s Fund

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## INTRODUÇÃO

A Mutilação Genital Feminina (MGF), enquanto tema de estudo, tem constituído parte dos debates a nível internacional e, mais recentemente, a nível nacional. Trata-se de um assunto de extrema importância que se insere nas violências de género, estando diretamente relacionado com o estatuto da mulher enquanto vítima, estatuto este que se encontra, fortemente, marcado pela desigualdade que se verifica entre homens e mulheres. Contrariamente a muitas desigualdades, a MGF consiste num ato de violência física preservado por diversas crenças e tradições que impacta a vida de milhões de mulheres, sendo, por isso, classificada como uma adversidade global sem fronteiras. Nos dias que correm, este conceito é definido como todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos femininos externos ou provoquem lesões nos mesmos por razões não médicas” (Costa, 2021, p.41), definição esta da autoria da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Embora esta seja uma prática que perdura há muitos anos, encontra-se, tal como outros fenómenos sociais, em constante mudança. Até à década de 1980, na literatura internacional, era utilizado o termo “circuncisão feminina/excisão”. Como resultado do crescente movimento feminista e do aumento da preocupação pública face à saúde internacional, este conceito caiu em desuso, por se considerar que retirava alguma ênfase à severidade da prática e às suas consequências para as respetivas vítimas (Roux, 2020, p.6). Assim sendo, em 1990, o termo “Mutilação Genital Feminina” foi adotado na Terceira Conferência do Comité Interafricano sobre Práticas Tradicionais Nocivas que Afetam a Saúde de Mulheres e Crianças em Adis Abeba, na Etiópia e, posteriormente, no ano de 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o seu uso por parte da Organização das Nações Unidas (ONU). Todavia, existem evidências de que o termo mutilação possa ser, de alguma forma, visto como ofensivo para mulheres que não se identifiquem como vítimas ou que não considerem as suas famílias perpetradoras destes atos. Neste sentido, o termo “circuncisão” voltou a ser novamente utilizado, no final da década de 1990, como forma de exprimir a insatisfação com a conotação negativa da expressão e com o intuito de demonstrar algum respeito e compreensão pelas mulheres e pelas suas culturas (Roux, 2020, p.6). Hodiernamente, a maioria dos autores refere-se à prática enquanto mutilação, pelo que, ao longo desta dissertação, o mesmo termo será empregue.

À luz do direito internacional, a MGF é vista como uma violação gravíssima ao “princípio da dignidade da pessoa humana, da integridade física e mental, da igualdade e da não-

discriminação com base no género<sup>1</sup>” (Silva, 2017, p.15) e constitui, de igual modo, um enorme atentado contra os direitos e liberdades das crianças, meninas e mulheres de todo o mundo. Trata-se de um fenómeno capaz de afetar a identidade e a sexualidade feminina e de resultar em consequências a nível sociológico, psicológico, médico e jurídico. Hodiernamente, na perspetiva de Enes (2016), este assunto caracteriza-se como um grave problema global decorrente da desigualdade de género, que ameaça, não só a vida<sup>2</sup> e a saúde pública, nomeadamente a saúde física e mental da mulher, como também a sua liberdade e autodeterminação sexual e a sua vida reprodutiva. Trata-se de uma forma de violência de género que agrava as desigualdades e acentua ainda mais a distribuição do poder, diminuindo, assim, a autonomia e o controlo das mulheres sobre os seus próprios corpos, saúde e vida, impedindo-as de participar ativamente e de forma idêntica à dos homens na vida em sociedade. Ademais, é infringido também o direito a não ser submetido a castigos cruéis, desumanos e degradantes<sup>3</sup>, uma vez que as mulheres “são obrigadas a ser submetidas a procedimentos invasivos, dolorosos, potencialmente letais e dos quais não há nenhum benefício à saúde” (Palhares & Squinca, 2013, p.433).

Considerando todas estas infrações, um dos principais propósitos das instituições internacionais e comunitárias é a repressão deste tipo de práticas. Não obstante a esta repressão pertencer à competência interna de cada país, a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as mulheres e a Violência Doméstica, mais conhecida como Convenção de Istambul “impôs expressamente aos Estados signatários, nos seus artigos 38<sup>o4</sup> e 41<sup>o5</sup>, a criminalização de todas as formas de mutilação genital feminina” (Silva, 2017, p.17).

Denote-se que, apesar da subsistência da ideia de que estes episódios ocorrem, única e exclusivamente, em território africano, verifica-se a sua existência em diversas partes do mundo. Os rituais de MGF são, por norma, realizados contra meninas e adolescentes e, em menor escala, em mulheres já na idade adulta que, porventura, não tenham sido submetidas anteriormente. A ideia central está interligada com questões de saúde, onde os médicos acreditavam que a remoção do clitóris auxiliaria o tratamento de enxaquecas, epilepsia e problemas psiquiátricos.

A complexidade deste fenómeno, aliado à escassez de informação existente sobre o mesmo, suscitou o nosso interesse em ampliar os conhecimentos na área, procurando

---

<sup>1</sup> Previsto no artigo 7º da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

<sup>2</sup> O direito à vida encontra-se estipulado no artigo 3º Da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

<sup>3</sup> Previsto no artigo 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

<sup>4</sup> “As Partes tomarão as medidas legislativas ou outras necessárias para assegurar a criminalização das seguintes condutas intencionais: a. a excisão, infibulação (...)” (Convenção de Istambul, 2011, p.14)

<sup>5</sup> “As Partes tomarão as medidas legislativas ou outras necessárias para criminalizar os atos intencionais de ajuda ou cumplicidade no cometimento das infrações estabelecidas nos termos dos Artigos 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º(a) e 39º da presente Convenção.” (Convenção de Istambul, 2011, p.14)

compreender, essencialmente, quais os impactos destas práticas na vida das respetivas vítimas, sendo este o objeto central deste estudo. Neste sentido, anterior a qualquer desenvolvimento no âmbito principal da presente dissertação, impõe-se como fundamental, num primeiro capítulo, abordar alguns aspetos que permitam um melhor entendimento da prática, em particular com referência aos tipos de MGF existentes, devidamente classificados pela OMS, a todo o seu enquadramento histórico, desde o momento em que se pensa ter surgido o fenómeno até aos dias de hoje, as motivações para a prática e também a prevalência da MGF a nível mundial e nacional. Posteriormente, num segundo capítulo, serão abordadas todas as questões legais subjacentes à autonomização do crime de MGF assente no nosso Código Penal Português, fazendo alusão à análise de todos os pressupostos que o constituem e aos aspetos que ficaram por prever pelo legislador.

Numa fase posterior, no capítulo terceiro da presente dissertação, estaremos em condições de estudar o objeto central desta dissertação – as consequências e o impacto da MGF na vida das vítimas, desde as complicações imediatas às que se verificam e perduram a longo prazo. No quarto e último capítulo, para que os resultados fossem mais ilustrativos da realidade, decidiu realizar-se um estudo empírico, devidamente aprovado pela Comissão de Ética para Investigação em Ciências Sociais e Humanas (*ver anexo 1*), junto de grupos de profissionais de distintas áreas que atuam em instituições de apoio à vítima em Portugal. O mesmo foi levado a cabo com o intuito de ver esclarecidas algumas questões, nomeadamente, com relação aos seus conhecimentos e perceções acerca desta prática, com um enfoque mais pormenorizado no impacto da MGF nas vítimas e no apoio prestado por parte das instituições. O estudo suprarreferido foi aplicado por meio de um questionário online na plataforma Qualtrics, difundido por diversas instituições portuguesas de apoio a vítimas de crime. Concluído o mesmo, efetuar-se-á um levantamento dos dados obtidos que serão, posteriormente, analisados com recurso ao programa informático IBM SPSS Statistics, versão 29.0 e comparados com a bibliografia já existente.

## CAPÍTULO I – DA COMPREENSÃO DO FENÓMENO

A origem da MGF, tanto a nível histórico quanto geográfico, é desconhecida, porém determinados autores elaboraram um conjunto de hipóteses devidamente fundamentadas, capazes de explicar um possível início deste fenómeno. Lopes (2020), afirma que esta prática se iniciou no designado Reino de Cuxe (atual Sudão), no primeiro ou segundo milénio antes de Cristo num contexto de poligamia, como forma de garantir a paternidade das crianças. Sequeira (1931), reporta o surgimento desta prática para o Antigo Egito, baseando-se em informações estabelecidas num papiro grego datado de 163 antes de Cristo, onde é mencionado que todas as meninas de Memphis, Egito, foram submetidas a este ato quando recebiam os seus dotes.

Subsistem ainda mais pressupostos que apoiam a crença da origem no Egito, entre os quais o da psicoterapeuta Anne De Demandolx (2018), que verificou a ocorrência desta situação entre egípcios ao longo do vale do Nilo durante o reinado dos faraós (Shakirat et al., 2020). Na mesma linha de pensamento, também Cerejo et al. (2017) corroboram a hipótese com resultados de análises forenses efetuadas a múmias egípcias, onde foi possível testemunhar indícios de mutilação. À semelhança do que o neurologista e psiquiatra austriaco Freud observou na criação da sua teoria (1931), os antigos egípcios acreditavam que o clitóris exibia a parte masculina da mulher e o prepúcio a parte feminina do homem. Neste sentido, este ato era perpetrado com o intuito de se diferenciarem os dois géneros, “para que as suas responsabilidades e papéis fossem claramente separados socialmente” (Enes, 2016, p.45).

No século XIX eram também desempenhadas determinadas condutas na Europa e nos Estados Unidos, como por exemplo a clitoridectomia, que irá ser descrita mais à frente, de forma a acautelar a masturbação feminina, vista como um comportamento doentio (Roux, 2020). Exemplificativamente, em Roma este procedimento visava proteger as escravas de gravidezes indesejadas (Shakirat et al., 2020). De uma forma geral, na Europa, os médicos acreditavam que isto ajudaria no tratamento de enxaquecas, epilepsia e problemas psiquiátricos (Odukogbe et al., 2017).

Na sociedade atual, devido à falta de conhecimento geral da população, é frequente associar-se esta prática, somente, ao continente africano, contudo a mesma subsiste um pouco por todo o mundo. Denota-se que, apesar de não ser praticado apenas nessa região, trata-se de um fenómeno social fortemente enraizado nas peculiaridades socioculturais e religiosas africanas. Hodiernamente, é frequente observarmos atos de mutilação em tribos rurais caracterizadas pelos elevados níveis de pobreza, analfabetismo e baixo *status* social da mulher.

Sabe-se que a mutilação é reportada como prática comum em mais de 40 países, pertencendo 28 deles ao continente africano, em particular, com elevada prevalência na Somália, Guiné, Djibouti, Mali, Egito, Sudão, Eritreia e Serra Leoa (Alves, 2022, p.16). Ressalta-se que esta prática foi proibida em 22 desses mesmos países, continuando a ser permitida nos Camarões, Mali, República Democrática do Congo e na Serra Leoa. Ademais, verifica-se a existência de casos em países do Médio Oriente, tais como o Qatar, Omã, Iémen, Bahrain e Emirados Árabes Unidos, bem como em comunidades muçulmanas, de que são exemplos a Arábia Saudita, a Malásia, o Afeganistão e a Índia. Atualmente, foi ainda apurada a prevalência deste tipo de práticas em algumas comunidades indígenas da América Central e da América do Sul.

Tal como Garcia & Rio (2015) defendem, antigamente, ninguém demonstrava qualquer tipo de preocupação com o ritual de MGF, sendo a mesma vista como uma “cerimónia de iniciação”. Contudo, ao contrário do que se pensa, e tal como Cerejo et al. (2017) mencionaram, a MGF “acompanha as populações migrantes, como elemento de uma identidade cultural que continuam a abraçar” (p.86), pelo que se trata de uma enorme preocupação para todos os países que acolhem sociedades provindas destes territórios. Neste viés, e tendo em consideração os fluxos migratórios globais, constata-se a presença de mutilação em comunidades migrantes da América do Norte, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e em países da União Europeia (UE), como Portugal, França, Espanha, Holanda e Reino Unido (Alves, 2022, p.17). Contudo, não parece existir perpetração desta prática em territórios da UE, ocorrendo antes em “países de origem pré-migração ou durante visitas familiares aos países de origem” (Alves, 2022, p.17). Ou seja, as vítimas residentes na UE são deslocadas para os seus países de origem a fim de serem mutiladas e, após essa operação, regressam para os países onde habitam.

À semelhança do anteriormente exposto, a MGF consiste num processo de remoção, total ou parcial, dos órgãos genitais femininos ou na lesão dos mesmos por razões que não médicas. Reflete-se numa prática assente em algumas crenças culturais e tradicionais características de determinadas comunidades, representando uma espécie de ritual de passagem da infância para a idade adulta. Segundo o cientista Gerry Mackie (2000), a MGF pode ocorrer em diversas fases da vida de um indivíduo – na infância, antes e durante a puberdade, ao contrair casamento, durante a gravidez ou após o nascimento do primeiro filho. Todavia, a quase generalidade dos casos existentes, transmite a ideia de que esta ocorra em crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 12 anos (Dias, 2006), dependendo sempre de cada cultura, país, tribo e circunstâncias.

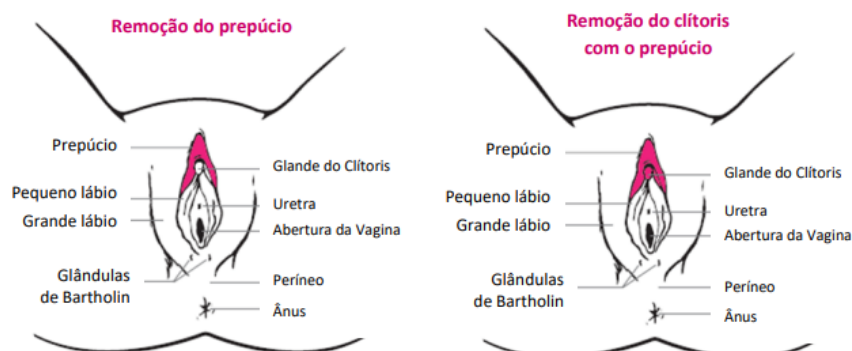
Os rituais podem ser efetuados individualmente ou em grupos de cerca de 40 pessoas, seguidos de cerimónias festivas acompanhadas de muita música, comida e presentes. Por norma, as famílias, em particular as mães, levam as filhas à presença de mulheres mais velhas, tradicionalmente designadas de “*fanatecas*” (termo guineense que designa as mulheres operadoras destas práticas) e/ou “*excisadoras*”, podendo também ser efetuado por “uma curandeira, uma parteira tradicional, um barbeiro ou mesmo um profissional de saúde” (Martingo, 2009, p.113). De notar que nenhuma destas possui efetivo conhecimento e formação médica necessários na área, “invocando quase invariavelmente a obediência à tradição e aos ensinamentos dos antepassados como um fator de preservação da identidade” (Dias, 2006, p.7).

Para o cumprimento da prática são utilizados instrumentos pontiagudos e cortantes como facas, navalhas, tesouras, lâminas, pedaços de vidro, pedras pontiagudas e objetos quentes. Ressalva-se que em diversos procedimentos com diferentes vítimas são empregues os mesmos utensílios sem qualquer tipo de esterilização, o que aumenta a probabilidade de posteriores infeções e a propagação de doenças sexualmente transmissíveis. O procedimento decorre em ambientes não estéreis e na ausência de anestésicos médicos, a não ser que as famílias detenham posses que lhes permitam recorrer à realização do corte numa clínica. Como, na maioria dos casos, essa última opção não é exequível, a forma bastante rudimentar e violenta com que é feito, aliado à falta de higiene, acarreta consequências muito graves para a vida das vítimas e, por vezes, fatais.

Após a prática, e de forma a cessar com a hemostase (hemorragia), são aplicadas ervas ou sal na região genital, no entanto, nos dias que correm, já se aplica medicação adequada e moderna ao invés de métodos tradicionais e antigos. No caso da infibulação, um tipo de MGF que será descrito com pormenor a seguir, os dois lados dos grandes lábios são, vulgarmente, mantidos juntos através de pontos e as pernas da vítima podem ser unidas por um período máximo de 40 dias. O processo de cicatrização é acelerado com o auxílio de pomadas, misturas de ervas ou excrementos de animais (Shakirat et al., 2020, p.2).

Tendo em conta que já mencionamos dois conceitos – clitoridectomia e infibulação – importa agora clarificar melhor a que se referem. Segundo a classificação desenvolvida pela OMS, sustentando a sua base num estudo de Felix Bryk, realizado em 1910 no Quênia, existem quatro tipos de mutilação cada um com a sua gravidade (Proudman, 2017). O tipo I, também designado de Clitoridectomia, refere-se à remoção total ou parcial do clitóris e/ou prepúcio do clitóris, podendo ser ramificado em duas subdivisões: o tipo Ia, que corresponde à remoção apenas do

prepúcio do clitóris e o tipo Ib correspondente à remoção do clitóris com o prepúcio, tal como é possível observar na figura 1 que se segue.



**Figura 1:** MGF de tipo I – Clitoridectomia (Dados retirados do relatório da DGS de 2021, <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/Orientacao-da-Direcao-Geral-da-Saude-sobre-MGF.pdf>).

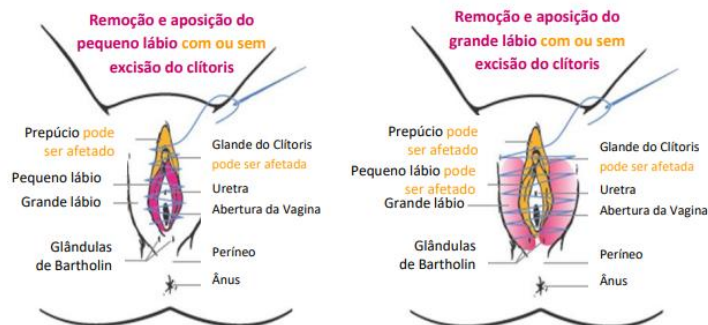
O tipo II ou Excisão diz respeito à remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios e, à semelhança do tipo anterior, pode ser ramificado em três subdivisões: o tipo IIa, que engloba a remoção apenas dos pequenos lábios, o tipo IIb, referente à remoção total ou parcial do clitóris e dos pequenos lábios e o tipo IIc, que se refere à remoção total ou parcial do clitóris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios. Para melhor compreensão observe-se a figura 2 abaixo indicada.



**Figura 2:** MGF de tipo II – Excisão (Dados retirados do relatório da DGS de 2021, <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/Orientacao-da-Direcao-Geral-da-Saude-sobre-MGF.pdf>).

A infibulação ou tipo III representa o estreitamento do orifício vaginal, com criação de uma vedação<sup>6</sup> de cobertura, ou membrana selante, por corte e aposição dos pequenos lábios e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clitóris. Encontra-se subdividido em dois tipos: o tipo IIIa, correspondente à remoção e aposição dos pequenos lábios e o tipo IIIb, referente à remoção e aposição dos grandes lábios, passíveis de ser observados na figura 3.

<sup>6</sup> “A vedação dos lábios resulta na cobertura quase completa da uretra e do orifício vaginal, que deve ser reaberto para a relação sexual e o parto, um procedimento conhecido como desinfibulação.” (Proudman, 2017, p.9)



**Figura 3:** MGF de tipo III – Infibulação (Dados retirados do relatório da DGS de 2021, <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/Orientacao-da-Direcao-Geral-da-Saude-sobre-MGF.pdf>).

Por fim, temos o tipo IV também designado de Atos não Classificados, onde estão compreendidas quaisquer outro tipo de práticas prejudiciais à genitália feminina para fins não médicos, tais como, punção/picar, perfuração, incisão, cortes, escarificação (cicatrizes) e cauterização (queimaduras). De acordo com a OMS, este tipo abrange “o estiramento/alongamento dos lábios vaginais e a introdução de substâncias nocivas na vagina” (Enes, 2016, p.44), como se observa na figura 4. Os procedimentos que enquadram esta categoria variam consoante as regiões, os grupos étnicos e o conhecimento que têm disponível, não obstante serem distintos, todos possuem um aspeto em comum – nenhum tipo de tecido é removido.

Estima-se que cerca de 90% dos casos de MGF sejam clitoridectomia ou excisão, incluindo-se também aqui situações do tipo IV em que “os órgãos genitais foram “danificados”, mas sem remoção de tecidos” (CNPDPJ, 2020, p.8). Segundo Enes (2016), os restantes 10% correspondem a casos de infibulação que, mediante informações prestadas pela Amnistia Internacional, dizem respeito ao tipo mais severo de MGF.

## 1. Motivações para a Prática

São diversas as razões segundo as quais a MGF ainda persiste nos dias de hoje, variando de acordo com o sistema de crenças e valores que cada comunidade defende e não, somente, apenas tendo em conta um único fator. A maioria delas argumenta que a mutilação depende da identidade cultural e que por essa mesma razão tem de ser salvaguardada. Com o intuito de aclarar as motivações à prática, Proudman (2017) procedeu à sua divisão em quatro tópicos centrais:

### 1.1. Controlo da Sexualidade Feminina

Trata-se da razão mais significativa de todas. Nas comunidades patriarcais a honra da família subordina-se à honra da menina e/ou mulher, em particular, da sua virgindade e castidade.

Neste sentido, a mutilação surge como forma de prevenir o sexo antes do casamento, reduzir a infidelidade no mesmo e preservar a virgindade. Assim, ao acautelar tais situações afirma-se, ainda mais, o domínio masculino sobre as mulheres. Importa perceber que o casamento é, na maioria dos casos, a única forma de a mulher conseguir sobreviver económica e socialmente, de modo que esta se vê “obrigada” a submeter-se a este tipo de práticas. Em caso de mulheres que foram vítimas de infibulação, a noite de núpcias acaba por ser sinónimo de dor extrema, sendo necessário, na maioria das vezes, “cortar” o orifício vaginal antes do ato propriamente dito.

### **1.2.Cultura e Tradição**

Algumas comunidades acreditam que as meninas não se tornam mulheres enquanto não são vítimas de mutilação<sup>7</sup>, o que significa que esta é perpetrada com o intuito de assinalar a passagem da infância à idade adulta, como já mencionado. Acredita-se que é essencial para que, futuramente, esta possa desempenhar corretamente os seus esperados papéis de esposa e mãe e se possa preparar para suportar a dor num parto posterior. A título de exemplo, a excisão representa uma tradição que deve ser mantida a fim de se preservar a sua identidade, principalmente, em contextos migratórios. Certos autores mencionam ainda que a MGF é vista como um meio de socialização, onde são adotados diversos valores culturais que vão passando de geração em geração. Ademais, esta é uma forma de as comunidades se afirmarem perante aquelas que não praticam o ritual.

### **1.3.Pressão Social**

No seio de uma comunidade, onde a maioria das mulheres sofrem mutilação, esta prática é vista como um ato normal e frequente. Desta forma, qualquer menina/mulher sente-se pressionada a submeter-se a tal ato, pois, caso contrário, corre o risco de sofrer represálias e estigmatização por parte da família e restante sociedade. É como se se tratasse de uma espécie de ritual de amadurecimento e de um passo necessário para o casamento<sup>8</sup>.

### **1.4.Religião**

A MGF, segundo alguns, consiste num requisito religioso, todavia, Rahman e Toubia (2000) salientam que esta se trata de uma prática cultural e não religiosa. A mutilação é anterior à chegada do cristianismo e islamismo em África e, atualmente, esta é praticada por judeus, cristãos, muçulmanos e grupos religiosos indígenas. Salienta-se que, grande parte dos grupos de

---

<sup>7</sup> “(...)“that a woman is not completely a woman until her ugly genitalia are removed”” (Proudman, 2017, p.16)

<sup>8</sup> “Sem excisão, uma mulher não é “limpa” nem “bonita”” (Roux, 2020, p.9)

cristãos protestantes e convencionais opõem-se à mutilação, já os muçulmanos apoiam a sua continuidade. A maioria das comunidades praticam-na por achar que esta se encontra prescrita em algum tipo, por exemplo, na Bíblia, o que não corresponde à verdade.

Augusto Silva Dias teceu algumas considerações acerca das justificações para a prática, nomeadamente, o facto de as motivações religiosas nunca aparecerem como fundamentação no Corão e/ou em outros textos sagrados do islão. Dias (2006) menciona que a MGF “é um costume milenar” (p.9) e que se verifica por duas razões centrais – por fatores supersticiosos, que atribuem poderes mágicos ao clitóris, estando este suscetível a um crescimento tal capaz de atingir o tamanho de um pénis, “tornando a mulher sexualmente obcecada” (p.9); e por rituais, “de passagem ou de agregação à comunidade” (p.9).

## **2. Prevalência Mundial e Nacional**

Apesar de estarmos em pleno século XXI, a quantidade de estudos sobre a MGF ainda é diminuta, o que contribui para uma falta de consciência, quase generalizada, sobre o carácter ilegal da prática. Além disso, a comparação das taxas de prevalência da MGF entre diferentes países é muito difícil devido à diversidade de metodologias e dados usados para gerar essas estimativas.

O Fundo da ONU para a População (UNFPA – United Nations Population Fund) apurou que cerca de 200 milhões de mulheres e meninas, vivas nos dias de hoje e provenientes de 31 países distintos, foram vítimas desta prática nefasta (ONU, 2021). A mesma fonte alerta para o facto de que “a prática pode estar presente em mais de 90 países” (ONU, 2021). Segundo a ONU News (2022), 1 em cada 4 mulheres e meninas vítimas foram mutiladas por um profissional de saúde. É de notar que este ritual tem sido perpetrado em meninas cada vez mais jovens como é o caso, por exemplo, do Quénia, onde a idade média igualava os 12 anos de idade e, hodiernamente, decaiu para os 9 anos.

Todos os anos, a dia 6 de fevereiro celebra-se o Dia Internacional da Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina, cujo objetivo central é o de “sensibilizar os decisores políticos e a sociedade civil para a erradicação desta prática, que lesa a saúde física e psicológica de várias mulheres e meninas à volta do mundo” (Eurocid, 2021). Esta data surgiu no dia 20 de dezembro de 2012 através da Resolução 67/146 instituída pela Assembleia Geral das Nações Unidas, que solicitava à totalidade dos seus Estados-membros, à sociedade e a todas as partes interessadas que adotassem políticas e ações capazes de erradicar com a mutilação.

No seguimento destas comemorações foram divulgados alguns dados sobre estas questões em Portugal. Atualmente, estima-se que existam mais de 6500 mulheres, maiores de 15 anos, a residir no nosso país e que possam ter sido vítimas de mutilação (Flor, 2022), oriundas, maioritariamente, da Guiné-Bissau<sup>9</sup> (70.5%) e, em seguida, da Guiné-Conacri (23.7%) (Agência Lusa, 2022). Estima-se que Lisboa seja o concelho com maior prevalência de casos de MGF, destacando-se como mais afetados os concelhos de Loures, Sintra, Odivelas e Amadora (Alves, 2022, p.18). A Direção-Geral da Saúde (DGS) revelou que em nove anos, desde 2014 até 2023, “foram registados em Portugal 853 casos de mutilação genital feminina, a maioria detetados durante a vigilância da gravidez” (SIC Notícias, 2023). Acrescentou ainda que 190 desses correspondem, única e exclusivamente, ao ano de 2022 (SNS, 2023), o que perfaz um aumento de 24% face aos anos que lhe antecedem. Dessa completude de situações foram registados na plataforma Registo de Saúde Eletrónico 100 casos de complicações de saúde, equivalendo em percentagem a 52.6%. Através da análise da DGS foi possível concluir que 75 registos estão inerentes a complicações do foro psicológico, 64 a problemas obstétricos, 55 a défices nas respostas sexuais e 51 a sequelas uro-ginecológicas (Agência Lusa, 2022). Dados da mesma fonte permitem observar a predominância de episódios de mutilação de tipo II - Excisão (49.5%), seguido de mutilação tipo I - Clitoridectomia (44.7%), mutilação tipo III - Infibulação (3.7%) e, em último, mutilação tipo IV – Atos Não Classificados (2.1%). No que concerne às idades das vítimas aquando do momento da prática, esta varia entre o primeiro ano de vida e os 34 anos, sendo que se verificou a ocorrência em crianças com 9 anos de idade em 73% dos atos (Agência Lusa, 2022).

É de elevada importância salientar que o registo destes factos na plataforma acima mencionada contribui, em larga medida, para um acompanhamento apropriado face às complicações a nível de saúde geradas nas próprias vítimas. Além disso, torna-se imprescindível o investimento dos governos e de toda a comunidade da área da saúde e de apoio, bem como da sociedade em geral, para que as vítimas de MGF recebam o devido auxílio e cuidado. Nesta perspetiva, o Governo português tem apostado no projeto “Práticas Saudáveis” que conta com o árduo trabalho do Alto Comissariado para as Migrações, da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Essencialmente o que se pretende é o estabelecimento de pontes entre os diversos profissionais de saúde e as organizações que trabalham diretamente com as comunidades, de forma a

---

<sup>9</sup> A Guiné-Bissau representa um dos países onde a prática de mutilação se encontra muito enraizada na tradição, na cultura e na sociedade. No ano de 2011, o parlamento guineense aprovou um artigo que proíbe, expressamente, este tipo de atos, todavia falha na sua implementação, uma vez que se verificou um aumento do número de casos em 2022 (Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres, 2011).

fomentar, não só a sua formação profissional, como também sensibilizar as pessoas para esta temática e para o facto de constituir um crime previsto e punível pelo nosso Código Penal (CP).

Desde 2008 que a UNFPA, juntamente com a UNICEF, (United Nations Children's Fund) lidera o maior programa global para acelerar a eliminação da MGF no mundo. Apoiando-se na “estreita colaboração com governos, organizações comunitárias de base e outras partes interessadas” (UNFPA, 2023), estas entidades ambicionam que a eliminação total se atinja até 2030, sendo, para isso, fulcral que os resultados sejam dez vezes mais rápidos do que o que têm vindo a ser. Globalmente, a nível monetário serão necessários 2.4 biliões de dólares, porém espera-se que sejam gastos, sensivelmente, 275 milhões de dólares (ONU News, 2022). Referentemente a Portugal, sabe-se que o governo irá apoiar as “organizações da sociedade civil que atuam junto de comunidades afetadas pela mutilação genital feminina” (Lusa, 2023) com cerca de 80 mil euros. Este objetivo só é alcançável se forem efetuadas algumas ações concretas: a nível nacional, revela-se basilar a aquisição de políticas e legislação inovadoras, capazes de proteger os direitos das mulheres e meninas, salvaguardando-as de situações de violência e discriminação. Neste sentido, cada país deve elaborar planos de ação que incluam, na perspetiva da UNICEF (2019), “linhas orçamentais dedicadas a serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, de educação, de bem-estar social e de serviços jurídicos”. A nível regional carece-se de uma cooperação entre as instituições e as comunidades económicas, de forma a impedir o transporte de vítimas de mutilação para países que a permitem. Por fim, a nível local, será necessário que os líderes religiosos “desmistifiquem que a mutilação genital feminina tem por base princípios religiosos” (UNICEF, 2019), verificando-se altamente positivo o maior acesso a informação e benefícios da prevenção/repressão da prática por parte de todas as famílias.

São notórios os avanços neste objetivo, tendo em conta que “a probabilidade de uma menina ser submetida à MGF caiu em um terço, em comparação com três décadas atrás” (ONU, 2022). A pandemia da COVID-19, juntamente com o aumento da pobreza, da desigualdade e dos conflitos, veio atrasar tudo isto. Só no ano de 2023, 4.3 milhões de meninas correram o risco de sofrer este ato cruel, estando previsto que o número aumente para 4.6 milhões até 2030 (UNFPA Brasil, 2023). Em contrapartida, na sequência do cenário pandémico que dominou o mundo, o “fechamento de escolas e a interrupção de serviços básicos (...) colocam mais de 2 milhões de meninas em risco de mutilação genital feminina até 2030” (ONU, 2022), o que culmina num retrocesso de 33% nos avanços que já haviam sido conseguidos.

## CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO LEGAL

No que se refere ao contexto nacional, a MGF já era considerada crime, todavia não de forma autónoma, estando incluída, até ao ano de 2015, no crime de “Ofensa à Integridade Física Grave” estipulado no artigo 144º do CP, “de forma a “tirar ou afectar, de maneira grave, [...] as capacidades [...] de fruição sexual”” (Cerejo et al., 2017, p.88).

A 11 de maio de 2011 foi adotada, em Istambul, a convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, mais conhecida como Convenção de Istambul, tendo esta sido “ratificada por Portugal pelo Decreto do Presidente da República n.º 13/2013, de 21 de janeiro, e entrado em vigor a 1 de agosto de 2014” (Santos, 2019, p.63), constituindo-se este o primeiro país da União Europeia (UE) a fazê-lo. Segundo Cerejo et al. (2017), menos de metade dos países da UE (22 de um total de 47) a ratificaram, o que traduz a falta de um quadro penal e legislativo transnacional que puna corretamente este tipo de práticas. De salientar que a referida convenção “constitui um corpo legislativo fundamental na prevenção/repressão da violência contra as mulheres e proteção destas” (Santos, 2019, p.60), abrangendo todas as formas de violência contra as mulheres.

A Convenção de Istambul veio exigir aos seus signatários a “obrigação de criminalização dos atos de violência psicológica, física, sexual, perseguição, de casamento forçado, de mutilação genital feminina, aborto forçado e esterilização forçada e assédio sexual” (Santos, 2019, p.61), previstos desde o artigo 33º ao artigo 40º do mesmo diploma legal. Além disso, como forma de cumprimento do disposto no artigo 38º da convenção, surgiu, em Portugal, a Lei nº83/2015, de 5 de agosto, que introduziu a trigésima oitava alteração ao CP (CNPDPJ, 2020). Neste viés, surgiram os crimes de perseguição e casamento forçado, foram efetuadas alterações aos crimes de violação, coação sexual e importunação sexual e autonomizou-se a prática de mutilação, surgindo o artigo 144º-A com a epígrafe “Mutilação Genital Feminina”, e onde se encontra previsto que:

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

*2- Os atos preparatórios do crime previsto no número anterior são punidos com pena de prisão até 3 anos.”* (Artigo 144º-A, CP)

Existia, efetivamente, a necessidade de se autonomizar o crime de MGF? Apesar de haver alguma divergência doutrinária, a grande maioria dos autores defende que esta foi a decisão mais adequada, tendo em conta a insuficiência que se fazia sentir no ordenamento jurídico-penal português relativamente a este ato. Embora o mesmo já se encontrasse previsto no artigo 144º do CP, como referido anteriormente, havia uma carência na sua autonomização, uma vez que, na perspectiva de Faria (2016), o bem jurídico tutelado na mutilação não é exatamente o mesmo que nas ofensas à integridade física. Esta considera que se viola muito mais do que a integridade física da vítima, verifica-se uma transgressão na sua liberdade e autodeterminação sexual, na sua igualdade perante o homem e na sua dignidade enquanto pessoa humana. Ademais, esta decisão demonstra fortes objetivos ao nível da prevenção, contribuindo para “o aumento da consciência social em relação ao carácter ilícito destas práticas e para o reforço do valor do bem jurídico em causa e da condição feminina da vítima” (Silva, 2017, p.21). Posto isto, importa referir que a resposta à questão formulada é positiva, todavia não se pode aferir que se trata de uma posição consensual. Enquanto alguns autores, como o caso de Silva (2017), consideram que a mutilação é capaz de “gerar resultados contrários aos efeitos pretendidos, nomeadamente a desproteção da vítima, o exacerbação identitário e o aumento do secretismo e da clandestinidade da prática” (p.21-22), outros sustentam a hipótese de a autonomização deste crime configurar apenas uma marca do designado “Direito Penal Simbólico”.

## **1.1.Caraterização do Crime e Análise dos Pressupostos Normativos**

### ***1.1.1. Bem Jurídico Protegido e Moldura Penal***

O novo tipo legal encontra-se inserido no Capítulo III, do Título I, do Livro II do CP, tratando-se, portanto, de um crime contra as pessoas, mais especificamente, de um crime contra a integridade física. Na perspectiva de Lopes & Milheiro (2015), o bem jurídico que aqui está em causa é a integridade física de uma determinada pessoa, o que pressupõe, de imediato, que o objetivo central é o aparelho genital feminino. Todavia, se o bem jurídico fosse apenas este, não faria sentido uma autonomização do crime, uma vez que o mesmo já se encontrava legalmente previsto e protegido pelo artigo 144º do CP. Seguindo a linha de pensamento de Mário Monte (2016), o que parece ter acontecido é que, ainda que o legislador não tenha sido muito claro, o mesmo pretendeu “proteger também a integridade psíquica, mental e sexual das vítimas e, mediatamente, a igualdade” (p.76). Assim, o crime de MGF constitui um “crime de ofensa à integridade física (psíquica e mental sexual) especialmente grave” (Monte, 2016, p.76).

No que concerne à moldura penal, o crime de MGF é punido com uma pena de prisão de 2 a 10 anos, o que acaba por ser idêntico ao que sucede com o crime de ofensa à integridade física grave consagrado no artigo 144º do CP (2 a 10 anos) – Princípio da Proporcionalidade. Não obstante, se da ação do agente do crime resultar a morte da vítima o mesmo é punido com a respetiva pena “agravada de um terço nos seus limites mínimo e máximo” (artigo 147º, nº1, CP). Ademais, contrariamente ao exposto no artigo 21º<sup>10</sup> do CP, também os atos preparatórios do crime em análise são punidos, todavia com uma pena de prisão distinta – até 3 anos. Acrescenta-se que, mediante o disposto no artigo 145º do CP, o crime de mutilação está sujeito ao agravamento de pena, se cometido em circunstâncias reveladoras de especial censurabilidade ou perversidade, tais como as previstas no artigo 132º, nº2 do mesmo diploma. Nestes casos é comum nos referirmos a esta prática como constituindo pressuposto de um crime qualificado.

#### *1.1.2. Natureza Pública do Crime*

A Convenção de Istambul firma aos seus Estados signatários, especificamente nos seus artigos 44º/nº4<sup>11</sup> e 55º/nº1<sup>12</sup>, a obrigatoriedade de admissão de todas as medidas legislativas necessárias a garantir que a investigação da MGF e a instauração do respetivo procedimento criminal não estejam na exclusiva dependência de apresentação de queixa por parte da vítima. Salienta-se que esta exigência está sujeita ao cumprimento de certos pressupostos deliberados na presente convenção. De forma a cumprir esta incumbência, também este novo tipo legal assume a natureza de crime público, o que indica que o seu respetivo procedimento criminal não está dependente de queixa e qualquer pessoa, que tenha conhecimento por ela própria ou por um terceiro, tem a faculdade e o dever de o denunciar. Evidencia-se que essa qualquer pessoa não tem de ser impreterivelmente uma autoridade policial ou um funcionário, bastando ser alguém que detenha conhecimento acerca de “situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem” (Silva, 2017, p. 31).

Neste viés, considerando a natureza do bem jurídico aqui salvaguardado, a gravidade do crime e a condição em que se encontram a maior parte das vítimas – menores de idade –, parece-nos que a natureza pública do preceito legal em causa configura-se bastante significativa, uma vez

---

<sup>10</sup> “Os atos preparatórios não são puníveis, salvo disposição em contrário.” (artigo 21º, CP)

<sup>11</sup> “(...) as Partes tomarão as medidas legislativas ou outras necessárias para que o estabelecimento da sua competência judiciária (...) não seja subordinado à condição de que o processamento só possa ser iniciado através de uma queixa da vítima sobre a infracção (...)” (Convenção de Istambul, 2011, p.15).

<sup>12</sup> “As partes assegurarão que as investigações (...) não dependam inteiramente de uma denúncia ou de uma queixa da vítima (...)” (Convenção de Istambul, 2011, p.19).

que estas são incapazes “de se determinar, de exprimir plenamente a sua vontade na matéria e de apresentar formalmente queixa contra os seus progenitores” (Silva, 2017, p.31).

### *1.1.3. Tipo Objetivo de Ilícito*

Como é do conhecimento da doutrina e da jurisprudência, todos os tipos legais de crime têm na sua constituição elementos objetivos e elementos subjetivos. Os elementos objetivos “integram, por um lado, os elementos descritivos e, por outro lado, os elementos normativos” (Costa, 2017, p.238). Neste sentido, dizem respeito a “todo e qualquer elemento cujo conteúdo, “sentido” e limites só podem ser percebidos fazendo apelo a um código de normatividade fora do direito penal” (Costa, 2017, p.238). Assim, podemos afirmar que os mesmos se encontram relacionados com o facto material, isto é, com a conduta, com o nexo de causalidade e com o evento. Em relação ao crime de MGF, o tipo objetivo recai sobre a “lesão, total ou parcial, do aparelho genital feminino de outra pessoa do sexo feminino” (Silva, 2017, p.25).

No que se refere aos agentes deste crime, estes podem ser quaisquer pessoas, independentemente de serem homens ou mulheres, pelo que se define o crime em debate como sendo um crime comum. Observando o preceituado na letra da lei, surgem como autores todos aqueles que pratiquem o ato de mutilação, podendo os mesmos assumir distintas qualidades. Em primeiro lugar, salientam-se os autores imediatos, isto é, todos aqueles que executam o facto por si mesmos e detêm o domínio da ação (artigo 26º, 1ª proposição do CP). Também os indivíduos que praticam o facto por intermédio de outrem, através de erro, coação e/ou aproveitamento de inimputável, os designados autores mediatos, são puníveis por este tipo de condutas (artigo 26º, 2ª proposição do CP). Considerando que estamos perante um crime comum, o professor Albuquerque (2021) menciona que se aplicam as regras gerais de comparticipação, sendo punidos todos aqueles que tomarem parte direta na execução do facto, quer por acordo ou juntamente com outra(s) pessoa(s) (artigo 26º, 3ª proposição do CP).

De referir que a MGF é praticada por pessoas próximas da vítima, incluindo as mães e avós, no entanto, estas não foram tidas em conta “nem para o definir como crime específico nem para o qualificar” (Monte, 2016, p.76 e 77). Porém, no leque de possíveis autores punidos pela prática deste crime, podemos incluir a integra de pessoas detentoras de um dever de garante (por exemplo, os pais e/ou representantes legais) que omitam uma situação deste calibre<sup>13</sup>. José de Faria Costa estudou esta questão, discutindo juntamente com outros autores sobre a “melhor e

---

<sup>13</sup> O crime de mutilação “pode ser cometido por omissão, se existir um dever de garante do omitente” (Albuquerque, 2021, p.609).

mais completa sistematização das fontes jurídicas dos deveres de garante” (Costa, 2017, p.497). Segundo o mesmo, existem duas grandes categorias classificadoras dos deveres de garante: os deveres de proteção e os deveres de vigilância. Relativamente aos primeiros, “a obrigação de impedir o resultado apoia-se na especial relação do obrigado com um determinado bem jurídico, que deve ser resguardado perante toda e qualquer fonte de perigo” (Costa, 2017, p.498). Aqui se incluem as relações familiares ou análogas, o que implica a existência de uma particular proximidade e/ou de uma relação de dependência. Em contrapartida, os deveres de vigilância envolvem a “assunção contratual ou meramente fática de uma específica tarefa ou função de vigilância sobre determinada fonte de perigo” (Costa, 2017, p.500), por exemplo, as relações de ingerência em que um automobilista atropela um ciclista e abandona o local sem prestar o devido socorro à vítima ou o polícia que dispara sobre um indivíduo para o deter e não lhe providencia o tratamento médico de que este necessita para sobreviver.

Analizados os tipos de autores, importa referir que no que concerne ao tipo de vítimas deste ilícito criminal estas são, única e exclusivamente, do sexo feminino, independentemente de serem ou não maiores de idade. Tal como o disposto na letra da lei – artigo 144º-A, nº1 – o crime de MGF é perpetrado de diversas formas – clitoridectomia, infibulação, excisão–, o que nos leva, numa primeira linha de pensamento, a assumir que se trata de um crime de execução vinculada. Define-se assim uma vez que a lesão do bem jurídico é a consequência dos comportamentos típicos que o legislador definiu, o que parece acontecer neste caso em concreto. Porém, dissecando ao pormenor, denota-se que “o legislador optou por integrar na norma um conceito aberto, no qual se poderão subsumir variadíssimos meios de lesão” (Silva, 2017, p.26), quando admite “qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino” (artigo 144º-A, nº1 do CP). Isto leva-nos a concluir que o crime em causa se enquadra nos designados crimes de execução livre – “(...) o resultado proibido pelo tipo é independente da forma da sua realização” (Costa, 2017, p.270).

Quanto à lesão do bem jurídico e à relevância do resultado podemos classificar o crime em análise como sendo um crime de dano e de resultado, o que implica que haja uma lesão efetiva do bem jurídico quando se realiza o tipo incriminador, e exige a produção de um evento resultante da execução de um comportamento por parte de um agente (Costa, 2017). Aplicando isto ao caso em debate, o ato apenas adquire a conotação de mutilação no momento posterior à violação da integridade física da vítima, uma vez que há um nexo de causalidade entre o ato e o resultado – o resultado é consequência da execução de determinada conduta. Ademais, não só

quem pratica o ato por ação é punido, havendo igual possibilidade para quem o exerce por omissão, sendo o autor reprimido por não realizar uma dada conduta “que lhe é determinada por um comando jurídico” (Costa, 2017, p.476). Em termos práticos, verifica-se punibilidade por omissão “quando um familiar não intervém no plano conjunto nem participa na sua concretização mas tem conhecimento da sua iminente realização e nada faz para impedir a mutilação” (Garcia & Rio, 2015, p.614). Em suma, parece-nos lógico que seja tão mais censurável a atuação do agente que executa o facto por si mesmo, como a conduta de um progenitor da vítima que, tendo prévio conhecimento sobre o facto de a sua filha ser submetida a um processo de mutilação, não assuma nenhuma atitude para o evitar.

#### *1.1.4. Tipo Subjetivo de Ilícito*

Com referência aos elementos subjetivos estes exigem “uma determinada intenção por parte do agente do crime” (Costa, 2017, p.239), que se reflete, nada mais nada menos que, na vontade consciente de praticar o facto previsto no tipo legal de crime. Neste exato sentido, o crime de MGF é exclusivamente doloso, sendo apenas essencial a ânsia de mutilar.

Segundo Costa (2017), para clarificar um pouco mais este complexo conceito, cumpre-se dizer que o dolo é composto por dois elementos – o intelectual/cognitivo, coincidente com “o conhecer ou o representar que se projeta sobre todos os elementos do comportamento típico” (p.403); e o volitivo/emocional, compatível com o querer perpetrar determinado ato –, sendo obrigatória a presença dos dois para se classificar um crime como doloso. Ademais, a conceção de dolo subdivide-se em três: dolo direto, dolo eventual e dolo necessário. Socorrendo-me do CP, age com dolo direto “(...) quem, representando um facto que preenche um tipo de crime, atuar com intenção de o realizar” (artigo 14º, nº1). Por sua vez, “(...) quem representar a realização de um facto que preenche um tipo de crime como consequência necessária da sua conduta” (artigo 14º, nº2) é sujeito a punição por dolo necessário. No que respeita ao dolo eventual estão incluídas todas as situações em que o agente prevê e se conforma com a ocorrência de um segundo resultado decorrente da sua ação (artigo 14º, nº3).

É justamente este critério do dolo que diferencia a MGF de outras intervenções que não visam a intenção de mutilar, mas que são capazes de afetar a fruição sexual. A título de exemplo reporta-se a colocação de um piercing nos lábios genitais da criança/mulher, que apenas tem dolo de ofensas corporais e não de efetiva mutilação, sendo proeminente, nestes casos, o consentimento da vítima.

### *1.1.5. Formas Especiais do Crime*

O CP consagra no seu Livro I, Título II, Capítulo II as denominadas “formas de crime”, onde se incluem os atos preparatórios e a tentativa. No que tange aos atos preparatórios do crime de mutilação cumpre-nos expressar que estes são punidos com uma pena de prisão até três anos (artigo 144º-A, nº2, CP), “por haver um alto grau de probabilidade de realização do tipo ilícito e a necessidade de uma intervenção penal especial num tal estágio” (Garcia & Rio, 2015, p. 615 e 616). Abrangidos neste conceito estão, exemplificativamente, duas situações – a compra e posse de uma lâmina para ser empregue numa MGF marcada para a semana a seguir, e a atração da mulher para fora do nosso território nacional, a fim de ser sujeita a esta prática.

Em referência à tentativa do crime em apreço esta é punível, contanto que estejam preenchidos os pressupostos assentes nos artigos 22º e 23º do CP. Em outros termos, estamos perante um cenário de crime na forma tentada quando o agente pratica atos de execução<sup>14</sup> de um crime que decidiu cometer, sem que esse se chegue a consumir. A tentativa é sujeita a punibilidade “se ao crime consumado respetivo corresponder pena superior a três anos de prisão” (artigo 23º, nº1 do CP). Tendo em vista o crime em análise, é possível aferir que o regime da tentativa é apenas aplicado ao pactuado no número 1, uma vez que se admite pena de prisão de 2 a 10 anos (superior a 3 anos).

Ainda no âmbito das formas do crime importa realçar algumas questões pertinentes ao nível do concurso de crimes. Em concordância Ferreira (2017), estamos perante um concurso de crimes quando “o agente, por meio de uma ou mais ações ou omissões, pratica dois ou mais delitos” (p.245). Complementa-se que subsistem dois tipos distintos de concurso – o concurso legal/aparente de normas e o concurso efetivo/verdadeiro de crimes. Estamos perante um concurso aparente quando o comportamento do agente pode subsumir-se a várias previsões legais, mas apenas uma das normas é aplicável ao facto, por esgotar inteiramente o conteúdo da sua ilicitude. Em compensação, quando a prática de um comportamento por um agente resulta na sua punição por diversos crimes, estamos na presença de um concurso efetivo de crimes.

Neste viés, na perspetiva de Paulo Pinto de Albuquerque, o crime de MGF encontra-se em concurso aparente com o crime de ofensa à integridade física grave, previsto e punido no artigo 144º do CP, e em concurso efetivo com “os crimes de violência doméstica, maus-tratos, coação,

---

<sup>14</sup> “São atos de execução:

- a) Os que preencherem um elemento constitutivo de um tipo de crime;
- b) Os que forem idóneos a produzir o resultado típico; ou
- c) Os que, segundo a experiência comum e salvo circunstâncias imprevisíveis, forem de natureza a fazer esperar que se lhes sigam atos das espécies indicadas nas alíneas anteriores.” (Código Penal, artigo 22º/nº2).

sequestro, rapto, tomada de reféns, dano com violência, violação ou roubo” (Albuquerque, 2021, p.610). Ressalva-se que no primeiro concurso apenas é aplicado o crime de mutilação, uma vez que neste já estão incorporados os termos e condições do artigo 144º do CP.

#### *1.1.6. Aplicação da Lei no Espaço*

A Convenção de Istambul, especificamente no seu artigo 44º, estatuiu aos seus Estados signatários o acatamento de “todas as medidas legislativas que se revelassem necessárias para garantir a aplicação do princípio da jurisdição extraterritorial a todos os casos de mutilação genital feminina” (Silva, 2017, p.28). Por conseguinte, foram efetuadas alterações à alínea c) do artigo 5º do CP, alterações estas que abriram a possibilidade de a Lei Penal Portuguesa ser aplicada a crimes de MGF praticados fora do território nacional. Porém, esta possibilidade apenas se emprega “desde que o agente seja encontrado em Portugal e não possa ser extraditado ou entregue em resultado de execução de mandado de detenção europeu ou de outro instrumento de cooperação internacional que vincule o Estado Português” (artigo 5, nº1, alínea c) do CP).

Ressalva-se que, segundo Pereira (2016), mesmo que o artigo 5º não abranja situações de mutilação “essa admissibilidade manter-se-ia por força do princípio universal ou da universalidade, explanado no número 2 do mesmo artigo 5º” (p.205). Isto significa que se aplica sempre a lei penal portuguesa quando estão em causa “(...) factos cometidos fora do território nacional que o Estado Português se tenha obrigado a julgar por tratado ou convenção internacional” (Pereira, 2016, p.205).

A inclusão deste elemento de punição constitui, sem dúvida alguma, um marco importante no combate à MGF, porquanto permite a prevenção de situações em que as vítimas são transportadas para outros países a fim de aí serem submetidas a este tipo de práticas.

#### *1.1.7. Consentimento e Prescrição*

Continuando a dar cumprimento ao estabelecido e exigido pela Convenção de Istambul, teceram-se algumas alterações ao nível do artigo 149º do CP, mais especificamente relativas ao consentimento prestado pelas vítimas de crime. A comunidade, família e amigos exercem muita pressão social, com base na cultura e tradição, para que as meninas/mulheres se submetam a este tipo de práticas. Neste sentido coloca-se uma importante questão: o consentimento prestado pela vítima em situações de MGF é ou não livre?

Sabe-se que a MGF é, sobretudo, “praticada em menores que não tem o discernimento e capacidade de valoração para consentir na ofensa” (Piorro, 2019, p.45), no entanto, também é perpetrada sobre adultos. Considerando que se trata de uma ação que contraria os bons costumes, uma vez que os motivos do agente são, única e exclusivamente, de índole cultural, o consentimento prestado pela vítima não pode constituir causa de exclusão da ilicitude, tal como o disposto no artigo 38º, nº1 do CP<sup>15</sup>. Ora, mediante os ensinamentos de Albuquerque (2021), esta conduta não pode ser justificada pelo costume cultural, religioso, social ou tradicional, porém, pode ser sustentada em razões médicas, por exemplo, se estiver em causa a remoção de um tumor clitoriano.

Na ótica de Mário Monte (2016), o consentimento “assume relevância quando se pensa em intervenções consentidas pela vítima à luz de um pretense interesse sanitário ou estético, por exemplo” (p.77), isto se a pessoa que é submetida for maior de idade e possuir o discernimento necessário para esta decisão. É evidente que não é fácil admitir o consentimento nuns casos (intervenções estéticas e/ou colocação de piercings), e noutros não (práticas culturais e religiosas). Assim, o consentimento em questões relativas a práticas por meio da tradição, seja qual for a idade das vítimas, não pode reproduzir, em situação alguma, efeitos de defesa para o agente.

Esclarecida esta causa de exclusão da ilicitude, importa averiguar se existe alguma situação em que a culpa seja extinta e, em caso afirmativo, em que circunstâncias ocorre e em que argumentos se sustenta. Tal como Augusto Silva Dias (2006) estudou, “na culpa está em jogo a censurabilidade pessoal do agente” (p. 29), podendo este ser isento de culpa em situações específicas: desde logo, as previstas nos artigos 19º e 20º do CP que se prendem com os designados inimputáveis, e a estipulada no artigo 17º, nº1 do mesmo diploma legal relativa à “falta de consciência da ilicitude não censurável” (Dias, 2006, p.29). No que concerne aos inimputáveis destacamos duas tipologias – os inimputáveis em razão da idade, tendo estes, obrigatoriamente, menos de 16 anos; e os inimputáveis em razão de anomalia psíquica, onde estão enquadrados todos os agentes que, devido à presença desta patologia, não são capazes de, aquando da prática do facto, avaliar a correta ilicitude do mesmo “ou de se determinar de acordo com essa avaliação” (artigo 20º, nº1 do CP).

Com relação à segunda situação mencionada – erro sobre a ilicitude –, Dias (2006) realça as pessoas que “chegaram há pouco tempo ao país de destino e não tiveram ainda oportunidade

---

<sup>15</sup> “(...) o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes” (Código Penal, 2022, p.37).

de conhecer e compreender os valores pelos quais se rege aí a vida social” (p.29). No seu entendimento, mais importante que saber se o agente do crime está ou não ciente da ilicitude do facto, é saber se a informação que ele tem “lhe permite apreender o desvalor que está associado à proibição” (p.32). O agente do crime pode saber que o facto é proibido, porém, se não compreender o alcance e o sentido dessa proibição não atinge o designado desvalor. Neste sentido, não se pode verificar qualquer tipo de culpa jurídico-penal.

O legislador fez questão de deixar uma salvaguarda importante através da Lei nº83/2015, de 5 de agosto, relativa aos prazos de prescrição. No âmbito das ofensas corporais, o procedimento criminal extingue-se no prazo de 10 anos, se se tratar de uma ofensa grave, ou no prazo de 15 anos se se tratar de uma ofensa qualificada, tal como o disposto no artigo 118º, nº1, alíneas a) e b) do CP. Como a maioria das vítimas de mutilação são menores e com idades precoces, este prazo torna-se insuficiente, uma vez que subsiste a possibilidade de os crimes prescreverem durante a menoridade da vítima. De forma a evitar esta adversidade, o legislador previu através da lei suprarreferida que “o procedimento criminal não se extingue, por efeito de prescrição, antes de o ofendido perfazer 23 anos” (artigo 118º, nº5 do CP). Assim, o legislador conseguiu “reforçar a proteção da vítima e, simultaneamente, demover os agentes do crime, atento o longo período de tempo durante o qual os mesmos podem ser investigados” (Silva, 2017, p.30).

## **1.2. Tipo Legal – Reflexão Crítica**

Na nossa ótica, a autonomização do crime de MGF foi uma etapa essencial na evolução da legislação portuguesa, visto existir uma insuficiência no ordenamento jurídico português e algumas lacunas na proteção da vítima. Sustentando-nos na visão de Mário Monte (2016), estamos aptos a aferir que o surgimento deste novo preceito legal poder-se-á prender com o facto de o legislador se ter apercebido do crescimento do fenómeno e da insuficiência dos tipos legais até então existentes, incapazes de dar adequadas respostas a esta prática. No mesmo âmbito, Maria Clara Sottomayor defende que esta autonomização traduz uma “técnica legislativa [mais] adequada ao conceito de violência de género e à proteção do bem jurídico em causa, que abrange para além da integridade corporal ou física, também a integridade psíquica, mental e sexual das mulheres e das meninas, e a liberdade de decisão sobre o seu corpo” (Santos, 2017, p.74).

Tal como referido preliminarmente, a inclusão, até ao ano de 2015, destas práticas no crime de ofensa à integridade física grave não era a mais adequada, considerando que o bem

jurídico tutelado nesse artigo não é exatamente o mesmo que o envolvente em práticas de MGF. Em situações desta índole, viola-se algo mais impactante do que a integridade física da vítima, no caso “a sua liberdade sexual e a sua igualdade perante os homens no mesmo grupo social” (Santos, 2017, p.74). São precisamente estes argumentos que sustentam a mais-valia da autonomização do crime de MGF. Contudo, ainda que se pense que a questão foi bem apreciada, Albuquerque (2021) denota que “o legislador português não deu cumprimento integral à obrigação de criminalização prevista no artigo 38º da convenção de Istambul” (p.609), devido a aspetos que ficaram por prever e que são apontados como críticas por diversos autores.

Em primeira instância, Pereira (2016), considera que a redação deste artigo “pode fazer incluir comportamentos que não comportem a necessária dignidade penal, (...), onde em caso algum se admite o consentimento para afastar a ilicitude” (p.162). Já na perspectiva de Piorro (2019), subsistem dois tópicos centrais que não foram abordados ou foram tratados de forma incompleta e insuficiente – a omissão da punição para o incitamento à mutilação e a inexistência de previsão de penas acessórias.

#### a) OMISSÃO DA PUNIÇÃO PARA O INCITAMENTO À MUTILAÇÃO

Da análise ao artigo em debate, é possível depreender que somente está prevista punição para “quem mutilar (...) pessoa do sexo feminino” (artigo 144º-A, nº1 do CP), não havendo qualquer menção a quem pratique atos de incitamento, quer estes sejam de incentivo à automutilação (praticada pela própria vítima) ou à heteromutilação (executada por um terceiro).

Antes de qualquer outro desenvolvimento acerca desta temática importa citar algumas noções fundamentais para complementar a informação apresentada. A automutilação assume como definição “uma violação da própria integridade física que abrange todas as práticas suscetíveis de provocar lesões nos tecidos ou órgãos, na remoção, total ou parcial, de um órgão, ou de um membro da pele e seus anexos, passíveis de comprometer o seu bom funcionamento e vitalidade” (Piorro, 2019, p. 42). Por sua vez, o incitamento à automutilação corresponde “ao comportamento de instigação, suscitando na vítima a decisão de se automutilar” (Piorro, 2019, p.42).

Analisando o artigo 144º-A do CP, Paulo Pinto de Albuquerque (2021) realça que “nem a instigação nem o auxílio à automutilação são puníveis, uma vez que não existe no âmbito dos crimes contra a integridade física uma disposição incriminadora semelhante à do artigo 135º<sup>16</sup>”

---

<sup>16</sup> O artigo 135º do Código Penal tem como epígrafe “Incitamento ou ajuda ao suicídio”.

(p. 609). De igual modo, também não se constata previsão de punição para todos os agentes “que constroem, que incitam e que criam as condições para que uma mulher ou criança se submeta à prática da mutilação genital feminina” (Silva, 2017, p.25-26). Ao invés disso, o legislador optou por dirigir o seu foco para a diferenciação entre vítima-mulher e vítima-rapariga, preocupando-se, em grande medida, com a “maturidade da mulher para entender o sentido e alcance de uma MGF, sendo o critério diferenciador em termos jurídico-penais a idade”, o que não constitui, de todo, um aspeto negativo (Piorro, 2019, p.43). Contrariamente a esta ideia, Mouraz Lopes e Tiago Milheiro (2019) consideram que a instigação e o auxílio à automutilação são puníveis sim, mas enquanto atos preparatórios.

De que forma se responsabilizaria jurídico-penalmente uma pessoa que incita outra à prática de mutilação? Não dispomos de uma concreta resposta para esta matéria, no entanto, este problema não existiria se o legislador, aquando do momento de autonomização do crime, levasse em consideração o disposto no artigo 38º, alínea c) da Convenção de Istambul, que ratificou e se comprometeu a cumprir – “As Partes tomarão as medidas legislativas ou outras necessárias para assegurar a criminalização das seguintes condutas intencionais: (...) / c) o ato de incitar ou forçar uma rapariga a submeter-se a qualquer um dos atos enumerados no ponto a) ou de lhe providenciar os meios para esse fim.” (p.14). Posso ainda salientar que o agente que incita não será punido nem nos termos do artigo 144º-A, nº1 do CP, por se tratar da pessoa que pratica o ato propriamente dito e não da que incita, nem por atos preparatórios, segundo o estabelecido no nº2 do mesmo artigo, dado que aqui apenas se prevê penalização para atos preparatórios de heteromutilação, isto é, atos perpetrados por outra pessoa que não a própria vítima. Com relação a estes últimos atos referidos – atos preparatórios – importa assinalar que a previsão da sua punição simboliza uma das grandes vantagens de autonomização do crime de mutilação e constitui um importante passo de combate a este fenómeno. Assim, afigura-se possível punir todos os agentes que adquiram os utensílios necessários para a prática do crime e a totalidade daqueles que procurem locais para a sua consumação (Silva, 2017).

#### b) INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO DE PENAS ACESSÓRIAS

Na perspetiva de Piorro (2019), outra das grandes falhas do legislador está relacionada com a falta de previsão de penas acessórias para agentes de mutilação. Antes de mais, ressalva-se que as penas acessórias são “aquelas que, para poderem ser aplicadas, implicam a condenação numa pena principal” (Cardoso, 2012, p.33). No entanto, apesar de estas serem

empregues cumulativamente com uma pena principal, são autônomas face a estas últimas, uma vez que a sua utilização “depende do preenchimento de pressupostos diferentes relacionados com o cometimento do ilícito” (Cardoso, 2019, p.33), estão relacionadas com questões de culpa e são “graduadas dentro de uma moldura própria fixada na lei” (Cardoso, 2019, p.33).

Consultando a Convenção de Istambul, mais concretamente o n° 2 do artigo 45°, é possível observar e aferir que as partes são livres de admitir medidas em relação aos executores de mutilação, em particular, a retirada da responsabilidade parental. Na verdade, o nosso CP já possui um artigo que aborda esta questão – o artigo 69º-C intitulado de “Proibição de confiança de menores e inibição de responsabilidades parentais” –, porém o mesmo não é aplicável ao crime de MGF. No ponto de vista de Piorro (2019), não é sequer compreensível a não existência deste tipo de pena acessória, visto que são os pais os grandes incentivadores e “culpados” de as suas filhas serem vítimas destas práticas. Ademais, se o legislador conjecturou penas deste calibre para o crime de perseguição, não faz qualquer sentido não o ter feito, na mesma medida, para o crime de MGF, posto que “ambos foram aprovados no mesmo Decreto-Lei e introduzidos na mesma data no Código Penal” (Piorro, 2019, p.52).

### CAPÍTULO III – CONSEQUÊNCIAS E IMPACTO NA VIDA DAS VÍTIMAS

Todos os tipos de MGF envolvem danos na genitália feminina, sendo esta a origem de uma variedade de complicações nas suas vítimas. Em países com culturas mais tradicionais o ato é da responsabilidade de parteiras que não detêm qualquer tipo de treino e/ou formação profissional na área. O procedimento é realizado, por norma, em ambientes não estéreis e na ausência de quaisquer antibióticos, analgésicos, anestésicos e antissépticos<sup>17</sup>. Para o corte são empregues instrumentos sem esterilização como lâminas de barbear, pedras afiadas, pedaços de vidro, facas de cozinha, entre outros (Kalokoh, 2017, p.44).

Esta prática está diretamente relacionada com várias consequências na vida das vítimas, em particular, com complicações de saúde. Estas serão mais ou menos substanciais, dependendo de vários fatores (Kalokoh, 2017): a habilidade/capacidade do operador; a condição física das vítimas, bem como a sua idade; as condições sanitárias, isto é, o nível de higiene e limpeza do espaço e materiais utilizados; o tipo de mutilação que é realizado; a presença de antissépticos; e o uso de produtos tradicionais redutores de sangramento. Segundo a OMS (1998), se uma vítima sofrer mutilação tipo III (infibulação), tende a experienciar consequências mais graves e duradouras.

Uma vez realizada, a MGF é irreversível, podendo inclusive culminar com a morte da própria vítima. A questão da mortalidade é pouco relatada, tendo em conta que o processo de MGF é, de igual forma, escassamente abordado. Apenas é possível aferir, segundo um estudo levado a cabo no Egito, que morreram, no espaço temporal de apenas um ano, 1300 meninas submetidas a MGF, o que permite concluir que 1 em cada 500 a 1000 práticas resultam na morte da vítima (Kalakoh, 2017). Acrescendo, a OMS relatou que “a taxa de mortalidade infantil é mais elevada em 55% em mulheres que sofreram uma mutilação de tipo III” (Noronha, 2023), ou seja, uma prática de infibulação que consiste em fechar a abertura vaginal. A morte da vítima pode ser o resultado de um choque hemorrágico (sangramento elevado), de dor, trauma ou infeção grave que culmine em choque neurogénico<sup>18</sup>. Uma das formas de se contornar esta tragédia e, assim, diminuir as consequências causadas, é recorrer a operadores qualificados, todavia subsiste, de igual forma, um pequeno risco de morte se ocorrer um sangramento não controlado proveniente

---

<sup>17</sup> Toda e qualquer substância utilizada para desinfetar ferimentos e, assim, reduzir o risco de infeção e de proliferação de micro-organismos.

<sup>18</sup> Trata-se de uma insuficiência no fluxo de sangue no corpo provocada pela perda súbita de sinais do sistema nervoso simpático responsável por manter o tônus muscular normal nas paredes dos vasos sanguíneos.

da artéria clitoriana. Caso a vítima sobreviva poderá ficar com consequências físicas e psicológicas permanentes.

A UNICEF (2010) considera que durante o procedimento e após o mesmo podem ocorrer dois tipos de complicações: as complicações imediatas/a curto prazo, que englobam, exemplificativamente, hemorragias, dores intensas, infecções, retenção de urina, lesões em órgãos próximos e septicemia<sup>19</sup>; e as complicações tardias/a longo prazo, sobretudo relacionadas com problemas obstétricos, resultando em trabalhos de parto bastante difíceis e dolorosos e fístulas retovaginais<sup>20</sup>. Ressalva-se que as vítimas de mutilação tipo III (infibulação) estão mais propensas a sofrer partos prolongados e obstruídos, com possibilidade de o seu bebé morrer à nascença. Ademais, no âmbito destas últimas, podemos também incluir consequências como a formação de cistos, abscessos e cicatrizes, incontinência urinária e disfunção sexual (Nações Unidas, 2015). Acrescendo, na grande maioria dos casos, se não na sua totalidade, verifica-se um sentimento de imensa dor por parte das vítimas, bem como no decorrer do processo de cicatrização, observando-se inúmeras interferências com as funções fisiológicas normais da mulher, entre as quais menstruar, urinar e defecar (Noronha, 2023). Todas estas consequências aqui mencionadas, de forma sumária, serão desenvolvidas e explicadas com maior pormenor na parte que se segue.

## **1. Consequências Imediatas ou a Curto Prazo**

Ao nível de complicações físicas, a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens, CNPDPCJ (2020), refere que “(...) a quase totalidade das meninas submetidas à MGF sofre de dores e hemorragias em consequência do ato, apontando ainda a própria intervenção como traumática, visto que as meninas são coagidas fisicamente durante o procedimento” (p.8). As hemorragias são o exemplo mais comum de complicações imediatas, tendo em conta que está em causa um ato que provoca danos em veias e artérias. Ocorrem, maioritariamente, devido à laceração da artéria clitoriana, isto é, à formação de um rasgo ou corte profundo na artéria suprarreferida. Ademais, subsistem dois tipos de hemorragias (Rushwany, 2023): as primárias, que são inevitáveis no decurso da operação; e as secundárias que se verificam, a título de exemplo, se a cicatriz e/ou ferida infeccionar.

Tal como mencionado anteriormente, a grande maioria dos procedimentos de MGF é realizada na ausência de qualquer tipo de anestesia e, ainda que esta exista, apenas atua por

---

<sup>19</sup> Também designada por *seps* ou *sepsis*, trata-se de uma síndrome que surge de um intenso estado inflamatório e que se propaga por todo o organismo. Trata-se de uma inflamação potencialmente fatal.

<sup>20</sup> Consiste numa abertura anormal que cria uma espécie de canal entre a vagina e o reto, o que faz com que algum do conteúdo presente nos intestinos possa transbordar para a vagina.

cerca de 2 a 3 horas, voltando a vítima a sentir imensa dor. Ademais, a aplicação desta substância constitui um momento extremamente doloroso, uma vez que a área do clitóris e dos pequenos lábios tem na sua constituição “uma densa concentração de nervos altamente sensível” (WHO, 1998, p.26). O não uso de produtos anestésicos faz com que a vítima grite e se contorça de dor e de medo. Isto aliado à possibilidade de o instrumento cortante utilizado poder ser grosseiro, e ao facto de o operador ser inexperiente ou ser detentor de problemas de visão, é suscetível de promover lesões ao nível de órgãos próximos da genitália feminina. Como exemplos temos os ferimentos na uretra, vagina, períneo<sup>21</sup>, reto e a formação de fistulas<sup>22</sup>.

A MGF constitui uma prática com alguns anos, sendo esta executada por pessoas com baixos ou nenhuns conhecimentos na área, o que faz com que não se verifique qualquer espécie de rigor em empregar instrumentos devidamente esterilizados, já para não falar dos locais fechados e mal iluminados que são escolhidos para a perpetração desta prática. Neste sentido, a hipótese de desenvolvimento de infeções, alguns dias após a operação (MGF), é bastante elevada, podendo estas variar entre infeções superficiais e infeções sanguíneas generalizadas (WHO, 1998). Em determinadas comunidades é comum amarrar as pernas da criança e/ou mulher mutilada, com a ideia de que isto fará com que a ferida cicatrize mais rapidamente, o que é totalmente errado. Este método impede a drenagem da ferida, fazendo com que a infeção se propague para dentro do organismo, atingindo a vagina, o útero e os ovários, o que é suscetível de causar infeções pélvicas crónicas e, até mesmo, infertilidade. De notar que uma infeção grave e não tratada pode resultar em septicemia, dotada de capacidade para provocar a falência de órgãos ou, em casos mais substanciais, a morte (Rushwany, 2013).

Ainda no âmbito dos problemas físicos, da diminuta quantidade de bibliografia existente sobre a temática em apreço foi possível depreender que o canal urinário fica total ou parcialmente obstruído após a MGF. Esta situação, conjugada com a dor e o medo sentidos pela vítima, é capaz de impedir o fluxo urinário natural, provocando uma retenção de urina que pode evoluir para infeção. A OMS (1998) salienta que esta consequência perdura durante horas ou dias e pode ainda derivar de possíveis inflamações e inchaços da zona envolvente à ferida, todavia, na maioria dos casos, a mesma é reversível. Além disso, a nível psicológico, ressalva-se que devido à forte dor e medo sentidos, ao trauma psicológico, à exaustão de gritar e chorar e ao presumível

---

<sup>21</sup> Região do corpo humano entre a parte de baixo da vulva e o ânus.

<sup>22</sup> Uma fistula é uma “comunicação anómala entre duas ou mais estruturas do corpo que pode causar sintomas desconfortáveis e graves” (CUF, 2023).

sangramento, a criança/menina pode entrar em estado de choque logo após o procedimento de MGF, podendo o mesmo ser fatal.

## **2. Complicações a Longo Prazo**

Decorrente do processo de mutilação surgem inúmeras consequências capazes de se prolongar por um longo período, ou até mesmo no decurso da vida, tais como a formação de fístulas, abscessos e cistos, infertilidade e disfunção sexual, inflamações pélvicas, transtorno de stress pós-traumático, dificuldades na menstruação, infecções urinárias recorrentes, aumento do risco para recém-nascidos, entre outras. Adiante, irei detalhar com mais pormenor algumas destas complicações supramencionadas, bem como outras ainda não referidas.

### **2.1. MENSTRUACÃO E SISTEMA URINÁRIO**

O simples ato natural de menstruar pode ser impreterivelmente afetado, uma vez que em alguns tipos de MGF, nomeadamente na mutilação de tipo III – infibulação –, se verifica uma oclusão, total ou parcial, da abertura vaginal, passível de ficar significativamente pequena e quase fechar por completo com o passar do tempo. Tal situação é responsável por um estreitamento anormal de um vaso sanguíneo, a denominada estenose, que provoca a retenção de sangue menstrual na vagina e no útero, e torna a menstruação consideravelmente mais dolorosa para a vítima. Para além disso, tal como mencionado nas complicações a curto prazo, a MGF também acarreta danos ao nível do sistema urinário, podendo estes evoluir para algo crónico. Ocorre uma obstrução do trato urinário, criando-se uma espécie de ponte, formada unicamente por pele, que obscurece a abertura do canal e faz com que o fluxo normal de urina fique extremamente doloroso, saindo apenas algumas gotas de cada vez. Outrossim, o fluxo pode ser desviado para outra área, permanecendo essa, constantemente, húmida e suscetível a infeções bacterianas que se podem propagar pelo trato urinário, afetando a bexiga e os rins (Rushwany, 2013).

Denota-se que a afetação do normal processo de menstruação e do trato urinário acarreta consequências graves para a saúde das vítimas de MGF, em particular, devido ao facto de os detritos menstruais e os depósitos urinários na vagina poderem calcificar e formar algo semelhante a uma pedra, os designados cálculos. Estes têm ainda a possibilidade de evoluir e se transformarem em fístulas – comunicação anómala/canal entre o trato urinário e a vagina ou entre esta última e o reto –, causando incontinência (WHO, 1998).

## 2.2. QUELOIDES, CISTOS E ABCESSOS VULVARES

Ulteriormente ao corte genital, a ferida é reconstituída com alguns pontos, a fim de a mesma entrar em processo de cicatrização. Todavia, se não forem garantidos os devidos cuidados, a mesma pode infeccionar, facilitando a formação de queloides (Rushwany, 2013). Um quelóide é vulgarmente definido como sendo “uma cicatriz elevada e grossa que pode surgir devido a cicatrização anormal de feridas em resposta a uma inflamação ou trauma na pele” (Rotolo, 2023). Em termos práticos, um quelóide irá formar-se quando a cicatriz derivada do método de MGF infeccionar e, conseqüentemente, endurecer. Poder-se-ia pensar que o problema ficaria resolvido com uma mera intervenção cirúrgica, porém esta provoca ainda mais o crescimento do quelóide, não sendo a melhor solução na maioria das vezes. Importa também referir que esta complicação tardia torna a primeira relação sexual pós mutilação bastante desconfortante e desagradável, refletindo ainda alguns problemas ao nível de possíveis partos por que passem estas vítimas.

A complicação a longo prazo mais comum é o aparecimento de cistos na área do clitóris, que constituem uma “espécie de inchaço ou bolsas compostas por pele e outros produtos, incluindo gorduras, pelos e células” (Rushwany, 2013, p.132). Estes advêm da incorporação do tecido da pele no interior da cicatriz de mutilação, adquirindo distintos tamanhos que podem variar entre o de uma ervilha até ao de uma laranja. Não integram uma ameaça para a saúde, no entanto obstruem a vagina, são bastante incomodativos e causam imensa dor. Na eventualidade de estes adquirirem dimensões consideravelmente grandes aconselha-se a realização de uma intervenção cirúrgica a fim de os retirar. Acrescendo, se os cistos infeccionarem subsiste a possibilidade de os mesmos evoluírem para abcessos vulvares, em outras palavras, para uma acumulação de fluidos (inchaço) numa das glândulas de Bartholin. Estas últimas designam glândulas produtoras de muco posicionadas na parte mais interna dos dois lados da abertura vaginal (Kilpatrick, 2023). Os referidos abcessos são caracterizados por se tratarem de um inchaço quente, sensível e doloroso.

## 2.3. PROBLEMAS SEXUAIS

Um estudo levado a cabo por Kaplan, A. et al. (2011) em Gâmbia, África, com mulheres residentes em zonas rurais, permitiu captar que 36,8% das mesmas demonstraram complicações decorrentes do processo de mutilação genital feminina, sendo 63,2% desse grupo correspondente a consequências de longo prazo, entre as quais se incluíam as infeções. As infeções são muito habituais nestes casos e têm origem nas cicatrizes e feridas que derivam da operação e no facto de os instrumentos utilizados não serem alvo de nenhum tipo de esterilização e/ou desinfeção.

Causam danos irreparáveis, não só nos órgãos reprodutivos, como também em áreas envolventes, uma vez que se propagam do exterior para o interior do corpo humano, atingindo o útero, os ovários e outros órgãos subjacentes, podendo, ainda, adquirir a patologia de cronicidade, isto é, permanecer para o resto da vida. No caso das infeções pélvicas crónicas estas são extremamente dolorosas e podem ser acompanhadas por secreção nociva.

A MGF provoca inúmeras consequências sexuais nas vítimas, sobretudo em questões relacionadas com a sua atividade sexual, considerando que a remoção de órgãos sensíveis, aquando da operação, destrói a capacidade de a mulher experienciar a sensação de orgasmo e pode refletir-se em disfunção sexual. Da pouca bibliografia existente acerca desta problemática, foi possível apurar o relato de problemas de coito, infeções vaginais e, em casos mais extremos, de infertilidade, que é, essencialmente, causada por inflamações pélvicas e infeções urinárias crónicas. Este ato tão cruel que é o da mutilação pode tornar a primeira relação sexual da vítima bastante dolorosa ou, até mesmo, que esta continue desconfortável ao longo da sua vida. Tal facto é corroborado por um estudo comparativo entre mulheres submetidas e não submetidas a MGF na Arábia Saudita, realizado por Belluck no ano de 2010, que apurou que cerca de 70% das mulheres demonstravam medo aquando da primeira relação sexual. Além disso, foi possível de constatar também que a maioria delas não possuía uma vida sexual muito ativa, e nas poucas relações que tinham relatavam uma diminuição do prazer sexual e da frequência do orgasmo. Na mesma linha de pensamento, um outro estudo efetuado no Egito (Kalohoh, 2017) revelou que 10% das mulheres inquiridas e vítimas desta prática se sentiam menos femininas, com alguns problemas ao nível da relação sexual. Mais de metade (60%) relatou fazer sexo com pouca frequência, revelando como principais razões a falta de excitação (25%), o sentimento de forte dor durante o ato (50%) e a não ocorrência de orgasmo (56%).

À semelhança das ideias de Cerejo et al. (2017), “um corte deste tipo, que interfere na zona de maior sensibilidade e prazer sexual da mulher, condena-a a uma sexualidade ao serviço do outro, impossibilitando-a de usufruir do ciclo completo de resposta sexual humana e do prazer que seria possível” (p.96). Assim, para que se verifiquem relações sexuais prazerosas, o ideal é que se efetue uma operação capaz de reverter a situação de mutilação, todavia a mesma acarreta vários riscos, nomeadamente, a perda adicional de sangue, lesões nas partes circundantes, fistulas, prolapso uterino<sup>23</sup> e infeções (Rushwany, 2013). A lesão dos órgãos genitais femininos, por razões não médicas, é suscetível de provocar a “frigidez das suas vítimas” (Noronha, 2023),

---

<sup>23</sup> Refere-se à descida do útero para o interior da vagina, devido ao enfraquecimento dos músculos e ligamentos que o mantêm na posição correta.

isto é, a falta de desejo e satisfação sexual. Por esta razão, os “maridos evitam o relacionamento sexual com as suas esposas, procurando relacionamentos extraconjugais contribuindo ainda mais para a proliferação de doenças sexualmente transmissíveis como o VIH/SIDA” (Noronha, 2023).

Continuando na esfera das consequências sexuais decorrentes da mutilação, é importante realçar que, em conformidade com o aludido inúmeras vezes em fragmentos de texto anteriores, a utilização dos mesmos instrumentos, sem desinfecção, em diversas vítimas, aumenta, em larga escala, a propagação de doenças sexualmente transmissíveis, como o caso do vírus HIV. Neste ponto, importa mencionar que, em muitas comunidades, durante uma única cerimónia eram mutiladas cerca de quinze a vinte meninas com a mesma ferramenta (Diouf & Nour, 2012). Além disso, segundo Santos (2016), “em situações pós-parto, afirma-se que mulheres vítimas de MGF têm um risco acrescido de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, tais como o HIV/SIDA” (Santos, 2016, p.7).

#### 2.4. PARTO

São inúmeras as consequências ao nível de futuros partos das vítimas deste ato cruel. Desde logo, se a cicatriz do clitóris não alcançar uma cura completa e rija a mesma pode abrir-se durante o parto, sendo responsável por um profundo sangramento da artéria clitoriana. Ademais, na grande maioria dos casos, deve ser feita uma episiotomia, ou seja, “(...) uma incisão no períneo feminino, a fim de ampliar a área do canal mole para facilitar a saída do bebé durante o parto” (Baldé & Rodríguez, 2019, p.160). Contudo, isto aumenta o risco de sangramento e infeção, e se o médico especialista na área não tiver disponibilidade no exato momento, o trabalho de parto torna-se mais demorado devido à obstrução causada, provocando complicações moderadas a graves, tanto na mãe como no próprio bebé. Detalhando, a mãe está sujeita a sofrer lacerações e à formação de fistulas, já o bebé expõe-se ao sofrimento de danos cerebrais decorrentes da insuficiência de oxigénio. No cenário mais horrível que se possa imaginar, pode verificar-se a morte de ambos (Rushwany, 2013). Neste âmbito, De Silva (1989) realizou um estudo com 173 mulheres sudanesas residentes na Arábia Saudita, vítimas de infibulação e que deram à luz num ambiente hospitalar bem equipado. Conclui que, na quase totalidade dos casos, houve um atraso significativo no trabalho de parto e um aumento da ocorrência de hemorragias e de asfixia fetal grave.

Como referido, a necessidade de se efetuar uma operação reversível da situação, com o intuito de permitir e facilitar o parto, juntamente com as fortes contrações uterinas no decorrer do

mesmo, podem resultar em lesões em órgãos vizinhos (WHO, 1998). Outrossim, os produtos de um aborto são aptos a ficar retidos no canal vaginal e, assim, conduzir ao surgimento de uma infecção grave. Garcia & Rio (2015) chamam à atenção para o facto de, em casos de mulheres vítimas de infibulação, ser fundamental a realização de um processo de reinfibulação para costura da vagina após o parto.

## 2.5. CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E SOCIAIS

Em regra, a MGF é perpetrada em crianças que não detêm conhecimentos acerca dos malefícios do ato e, frequentemente, é precedida de “atos de intimidação e violência por parte parental e amigos” (Góis, 2009, p.7). O facto de as vítimas serem privadas de um órgão sexual de elevado valor e serem obrigadas a assistir à prática de MGF em outras crianças, revela problemas psicossociais extremamente graves que se assemelham aos resultantes de uma violação.

Santos (2016) afirma que as vítimas “(...) vivem marcadas pelo medo, submissão, inibição e supressão de sentimentos” (p.7), em virtude de a mutilação constituir um “marco intenso no seu desenvolvimento mental” (p.7) e permanecer ao longo da vida na sua memória. Considerando que a decisão de submissão à MGF advém dos seus familiares mais próximos, em regra dos pais e avós, aumenta a perda de confiança por parte das meninas/mulheres vítimas nestes, fazendo com que estas experienciem sentimentos de raiva, amargura e traição. Sentem insegurança quando na presença dos mesmos, o que acaba por se refletir numa enorme dificuldade em estabelecer novas e futuras relações sociais e íntimas.

Conforme a idade vai avançando, as vítimas vão adquirindo consciência da gravidade do ato por que passaram, o que faz com que a sua autoestima e autoimagem sofram alterações e seja cada vez mais difícil falar sobre o que lhes aconteceu. Tudo isto é responsável pelo surgimento de problemas psicológicos como o caso da ansiedade, depressão, ataques de pânico, neuroses e transtornos mentais, especificamente, o Transtorno de Stress Pós-Traumático (TSPT). Esclarecendo conceitos, uma neurose é definida como sendo “a afetação psicogénica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico” (Psicanálise Clínica, n.d.). Por outras palavras, uma neurose é um distúrbio psíquico que ocorre em resposta a eventos que o indivíduo tenta eliminar do seu consciente por considerar que são inaceitáveis, tal como estudado por Freud. Em contrapartida, um TSPT “consiste em reações disfuncionais intensas e desagradáveis que têm início após um evento extremamente traumático” (Barnhill, 2020). Este pode ser vivenciado

diretamente, ocorre com a própria pessoa, ou indiretamente, a pessoa em causa assiste a eventos traumáticos perpetrados contra um outro indivíduo.

Finalizando, também os níveis de concentração e aprendizagem são afetados, atingindo valores cada vez mais baixos (Baldé & Rodríguez, 2019). Verificam-se também distúrbios alimentares e de sono, insónias, pesadelos recorrentes relacionados com a mutilação e oscilações de humor (Rahman & Toubia, 2000). Realça-se que as meninas/mulheres que não forem submetidas a MGF “podem ser socialmente estigmatizadas, rejeitadas pelas suas comunidades e impedidas de casar localmente” (Góis, 2009, p.8).

## CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

### 1. METODOLOGIA

#### 1.1. Participantes

Com o intuito de ilustrar melhor as percepções sobre a mutilação genital feminina e as consequências que esta acarreta para as vítimas, foi consubstanciado um estudo a partir da aplicação de um breve questionário dirigido a distintos grupos de profissionais que atuam em instituições de apoio à vítima em Portugal, devidamente autorizado pela Comissão de Ética para Investigação em Ciências Sociais e Humanas (*ver anexo 1*).

A amostra era composta por 188 profissionais de instituições de apoio à vítima, em Portugal, maioritariamente do sexo feminino (93.1%), com idade média de 44.63 anos ( $DP= 9.99$ ), variável entre os 23 e os 66. Trabalhavam em média há 18.87 anos ( $DP= 10.33$ ), variável entre os 0 e os 43. Uma descrição mais detalhada da amostra encontra-se na Tabela 1, abaixo indicada.

Tabela 1

#### *Caraterização Sociodemográfica da Amostra*

| Caraterização da amostra    | <i>n</i> | %    |
|-----------------------------|----------|------|
| <b>Género</b>               |          |      |
| Feminino                    | 175      | 93.1 |
| Masculino                   | 13       | 6.9  |
| <b>Estado Civil</b>         |          |      |
| Solteiro/a                  | 38       | 20.2 |
| Casado/a União de facto     | 125      | 66.5 |
| Divorciado/a/Separado/a     | 23       | 12.2 |
| Viúvo/a                     | 2        | 1.1  |
| <b>Nível Socioeconómico</b> |          |      |
| Baixo                       | 14       | 7.4  |
| Médio                       | 170      | 90.4 |
| Alto                        | 3        | 1.6  |
| <b>Nacionalidade</b>        |          |      |
| Portuguesa                  | 186      | 98.9 |
| Brasileira                  | 1        | 0.5  |

|                                           |     |      |
|-------------------------------------------|-----|------|
| Italiana                                  | 1   | 0.5  |
| <b>Habilitações Literárias</b>            |     |      |
| Ensino Básico                             | 1   | 0.5  |
| Ensino Secundário                         | 3   | 1.6  |
| Licenciatura                              | 95  | 50.5 |
| Mestrado                                  | 87  | 46.3 |
| Doutoramento                              | 2   | 1.1  |
| <b>Formação Base</b>                      |     |      |
| Psicologia                                | 48  | 25.5 |
| Direito                                   | 7   | 3.7  |
| Medicina                                  | 16  | 8.5  |
| Enfermagem                                | 47  | 25.0 |
| Educação Social                           | 4   | 2.1  |
| Serviço Social                            | 33  | 17.6 |
| Educação Social                           | 16  | 8.5  |
| Sociologia                                | 6   | 3.2  |
| <b>Instituição em que trabalha</b>        |     |      |
| Centros e Unidades de Saúde/Hospitais     | 43  | 23.0 |
| Instituições de Apoio a Crianças e Jovens | 65  | 34.6 |
| Gabinetes de Apoio à Vítima               | 26  | 13.8 |
| Acolhimentos de Emergência e Casas Abrigo | 9   | 4.8  |
| IPSS                                      | 5   | 2.7  |
| Escolas e Municípios                      | 8   | 4.3  |
| Equipas de Prevenção de Violência         | 3   | 1.6  |
| <b>Curso Técnico de Apoio à Vítima</b>    |     |      |
| Sim                                       | 60  | 31.9 |
| Não                                       | 128 | 68.1 |

---

## 1.2. Instrumento

Para efeitos de recolha de dados foi elaborado e aplicado um questionário intitulado de “Mutilação Genital Feminina: Impactos e Consequências nas Vítimas”, com a finalidade de se cumprirem os objetivos do presente estudo.

Este questionário era composto por seis secções distintas. A secção I avaliou as características sociodemográficas dos participantes, em particular: a idade; género; nacionalidade; habilitações literárias; estado civil; nível socioeconómico; formação base; anos de experiência; instituição de trabalho e presença ou não de curso de Técnico de Apoio à Vítima (TAV). Na secção II, averiguou-se se os participantes detinham conhecimentos relativos à prática de MGF e, em caso afirmativo, o modo como os adquiriram. De seguida, na secção III, procedeu-se a uma caracterização do tipo de vítimas em causa, procurando-se entender alguns aspetos: que tipo de vítimas atendiam estes profissionais; qual a sua faixa etária; que tipo de apoio/serviço prestavam; qual a média de idades das vítimas de MGF; em que idade ocorreu a mutilação; quais os tipos de mutilação existentes; e, por fim, qual era a proveniência das vítimas (país ou continente). A secção IV abordava questões relativas à caracterização da prática, nomeadamente, por quem era realizada a mutilação (líderes religiosos, médicos, parteiras, avós, entre outros) e quais as motivações para este ato continuar a ser perpetrado. Em questões subsequentes foi questionado sobre o modo como estes profissionais avaliavam o processo de mutilação, bem como a perceção das vítimas face ao mesmo. Ademais, exploraram-se aspetos acerca da prevalência de casos em que vítimas de MGF submetiam as suas filhas à mesma situação.

Na secção V o foco foi exclusivamente no objetivo central desta dissertação – as consequências da MGF. Para isso, questionou-se, inicialmente, acerca dos impactos mais reportados pelas vítimas, particularizando depois para consequências a curto e longo prazo. Ainda no mesmo âmbito, apresentou-se um conjunto de cinco afirmações para que os participantes as classificassem numa escala de likert que ia desde o “discordo totalmente” ao “concordo totalmente”. Finalmente, na secção VI, discutiu-se a questão do apoio profissional/institucional, em específico, a percentagem de vítimas que procuravam ajuda, os principais entraves à procura de apoio médico e psicológico e as dificuldades ao nível da intervenção (sendo esta constituída por um conjunto de afirmações que os participantes teriam de colocar por ordem de preferência, da menos para a mais difícil).

### **1.3. Procedimentos**

Para a realização do estudo, elaborou-se, junto de instituições de apoio à vítima, o pedido de colaboração para o desenvolvimento da investigação. No momento do pedido foram explicados todos os objetivos do estudo, assim como a importância da investigação em curso, da amostra e do método de recolha de dados.

Para a elaboração do questionário online foi usada a ferramenta Qualtrics e procedeu-se à disseminação do mesmo através da internet. Os dados foram recolhidos entre o dia 16 de agosto e 26 de setembro de 2023.

O tempo previsto para a resposta ao questionário era de cerca de 15 minutos, tendo a recolha de dados ocorrido num único momento. Todos os participantes foram informados que a sua participação era voluntária, podendo estes desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de risco ou prejuízo para si. Por fim, foi garantida a confidencialidade e anonimato e o uso exclusivo dos dados recolhidos, somente, para fins académicos e apresentações científicas.

#### 1.4. Estratégia de Análise de Dados

A análise de todos os dados obtidos foi levada a cabo com o auxílio do programa informático IBM SPSS Statistics, versão 29.0. O processamento e tratamento dos resultados foi efetuado com base, apenas, em análises descritivas para todas as componentes (caraterização da amostra, conhecimentos acerca da mutilação genital feminina, caraterização das vítimas e da prática e as respetivas consequências que esta provoca).

## 2. RESULTADOS

### 2.1. Conhecimentos sobre Mutilação Genital Feminina

A maioria dos participantes (97.3%) revelou ter conhecimento acerca da prática de mutilação genital feminina. O modo como o adquiriram pontuou mais alto na opção “Tomei conhecimento a partir da leitura sobre MGF, por iniciativa própria” (45.7%), seguido da visualização de documentários/filmes (44.7%) e das campanhas nos *mass media* (37.8%). Acrescendo, 62.2% dos profissionais indicaram que não receberam qualquer tipo de informação sobre a MGF aquando da sua formação profissional. Uma descrição mais detalhada relativa a estes dados encontra-se na Tabela 2, abaixo indicada.

Tabela 2

*Conhecimentos sobre a MGF (modo como os adquiriram)*

| Conhecimentos sobre a MGF                                                 | <i>n</i> | <i>%</i> |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Participei numa ação de formação/sensibilização sobre a MGF.              | 69       | 36.7     |
| Tomei conhecimento a partir da leitura sobre MGF, por iniciativa própria. | 86       | 45.7     |

|                                                                                   |    |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Vi campanha(s) nos <i>mass media</i> sobre a MGF.                                 | 71 | 37.8 |
| Tive uma aula/palestra que focava especificamente a MGF na escola/universidade.   | 23 | 12.2 |
| A MGF foi abordada em várias disciplinas ao longo da minha formação profissional. | 36 | 19.1 |
| Vi documentários/filmes sobre a MGF.                                              | 84 | 44.7 |
| Não tive conhecimento prévio sobre a temática.                                    | 7  | 3.7  |

## 2.2. Caraterização das Vítimas

Numa segunda parte do questionário aplicado procedeu-se à caraterização das vítimas de mutilação genital feminina. Porém, antes, procurou saber-se que tipo de vítimas eram atendidas por estes profissionais, qual a sua faixa etária e qual o serviço/apoio que era prestado. A MGF, objeto central desta dissertação, aparece em sétimo lugar com cerca de 10.6%. É de notar que a maioria das vítimas auxiliadas pelas instituições, e em particular pelos profissionais que participaram neste estudo, são adolescentes (69.7%), sendo a minoria os idosos (40.4%). Além disso, a maioria necessita de apoio social (41.5%), seguido de serviços de saúde (38.3%) e apoio psicológico (32.4%). Dados mais detalhados são passíveis de ser observados na Tabela 3 que se segue.

Tabela 3

*Caraterização das vítimas apoiadas pelos profissionais*

| Caraterização das Vítimas                  | <i>n</i> | <i>%</i> |
|--------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Atende vítimas de que tipo de crime</b> |          |          |
| Violência Doméstica                        | 165      | 87.8     |
| Abuso Sexual                               | 101      | 53.7     |
| Assédio Sexual                             | 53       | 28.2     |
| MGF                                        | 20       | 10.6     |
| Tráfico de Seres Humanos                   | 23       | 12.2     |
| Assédio Moral/Laboral                      | 43       | 22.9     |
| Negligência                                | 11       | 5.9      |
| Maus-Tratos                                | 4        | 2.1      |
| Perseguição                                | 54       | 28.7     |

|                                                      |     |      |
|------------------------------------------------------|-----|------|
| Outros                                               | 9   | 4.6  |
| <b>Faixa etária das vítimas que atende</b>           |     |      |
| Crianças                                             | 119 | 63.3 |
| Adolescentes                                         | 131 | 69.7 |
| Adultos                                              | 125 | 66.5 |
| Idosos                                               | 76  | 40.4 |
| <b>Tipo de apoio/serviço prestado</b>                |     |      |
| Apoio Social                                         | 78  | 41.5 |
| Apoio Psicológico                                    | 61  | 32.4 |
| Apoio na procura de emprego/inserção profissional    | 19  | 10.1 |
| Acompanhamento em diligências judiciais              | 39  | 20.7 |
| Apoio Jurídico                                       | 10  | 5.3  |
| Serviços de saúde                                    | 72  | 38.3 |
| Apoio na proteção dos Direitos das Crianças e Jovens | 8   | 4.3  |
| TAV                                                  | 2   | 1.1  |
| Gestão de processos                                  | 2   | 1.1  |
| Encaminhamentos                                      | 4   | 2.1  |

Posteriormente, particularizou-se a situação de forma a recolher-se informação acerca da faixa etária das vítimas de mutilação genital feminina, da idade média em que este ato cruel e extremamente doloroso ocorre e relativa à proveniência das mesmas. Conclui-se que grande parte dos participantes não detêm conhecimentos relativos à idade das vítimas de MGF, todavia os que responderam afirmativamente relatam que a maioria tem a idade compreendida entre os 18 e os 30 anos (8.0%). A mutilação é perpetrada, em média, nos primeiros anos de vida da criança, essencialmente entre os 4 e os 7 anos de idade (6.9%) e os 0 e os 3 anos (5.9%). Mais de metade dos participantes (71.2%) considera que as vítimas provêm do continente africano, seguido d continente asiático (6.4%). Dados mais detalhados são possíveis de observar na Tabela 4 que se segue.

Tabela 4

*Caraterização das vítimas de MGF*

| <b>Caraterização das Vítimas</b>              | <b><i>n</i></b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------|-----------------|----------|
| <b>Idade média das vítimas</b>                |                 |          |
| Menos de 18 anos                              | 10              | 5.3      |
| 18-30 anos                                    | 15              | 8.0      |
| 30-40 anos                                    | 12              | 6.4      |
| Mais de 40 anos                               | 6               | 3.2      |
| Não Aplicável                                 | 137             | 72.9     |
| <b>Idade média em que mutilação ocorreu</b>   |                 |          |
| 0-3 anos                                      | 11              | 5.9      |
| 4-7 anos                                      | 13              | 6.9      |
| 7-10 anos                                     | 9               | 4.8      |
| 11-15 anos                                    | 5               | 2.7      |
| 16-18 anos                                    | 2               | 1.1      |
| Mais de 18 anos                               | 1               | 0.5      |
| N/a                                           | 131             | 69.7     |
| <b>Continente de proveniência das vítimas</b> |                 |          |
| Continente Asiático                           | 12              | 6.4      |
| Continente Africano                           | 134             | 71.2     |
| Em todo o mundo                               | 1               | 0.5      |
| Não Sei                                       | 6               | 3.2      |

**2.3. Tipos de MGF**

Questionados acerca da prevalência dos tipos de mutilação definidos pela OMS, os participantes que detêm conhecimento na área consideram que o tipo mais praticado é o tipo II, a excisão (30.3%), isto é a remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios. A mutilação de tipo I, também designada de clitoridectomia, surge também como uma das mais perpetradas, com uma percentagem de 29.8.

Com relação aos “operadores”, ou seja, às pessoas que executam o ato, os participantes pontuaram com maior valor os avós ou membros femininos da família (79.3%), seguindo-se os

líderes religiosos (44.7%). Informações com mais detalhe podem ser observadas na Tabela 5 abaixo exposta.

Tabela 5

*Caraterização da prática de MGF*

| <b>Caraterização da Prática</b>            | <b><i>n</i></b> | <b><i>%</i></b> |
|--------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Tipos de Mutilação Genital Feminina</b> |                 |                 |
| Tipo I – Clitoridectomia                   | 56              | 29.8            |
| Tipo II – Excisão                          | 57              | 30.3            |
| Tipo III – Infibulação                     | 16              | 8.5             |
| Tipo IV – Atos Não Classificados           | 7               | 3.7             |
| Não Sei                                    | 95              | 50.5            |
| <b>Quem realiza a mutilação</b>            |                 |                 |
| Médicos                                    | 14              | 7.4             |
| Enfermeiros                                | 10              | 5.3             |
| Parteiras                                  | 22              | 11.7            |
| Líderes Religiosos                         | 84              | 44.7            |
| Avós ou membros femininos da família       | 149             | 79.3            |
| Outros                                     | 30              | 16.0            |

#### 2.4. Motivações para a Prática de Mutilação

A mutilação é uma prática que perdura há vários anos, mesmo existindo legislação em diversos países que a proíbem e criminalizam. Neste viés, torna-se fulcral entender o porquê de esta continuar a existir e quais as razões pelas quais é praticada. Foi solicitado aos participantes que pontuassem numa escala de likert, desde “Discordo” a “Concordo”. De ressaltar que todos os parâmetros foram altamente pontuados, sobressaindo o da cultura e tradição com 93.1% dos participantes a responder “Concordo”. Segue-se a religião com 78.2%, a pressão social com 72.4% e o controlo da sexualidade feminina com 71.3%, tudo percentagens relativas à opção “Concordo”. Dados mais detalhados podem ser observados na Tabela 6 abaixo indicada.

Tabela 6

*Motivações para a prática de MGF*

| Motivações para a prática de MGF | Discordo |      | Não concordo<br>nem Discordo |      | Concordo |      |
|----------------------------------|----------|------|------------------------------|------|----------|------|
|                                  | <i>n</i> | %    | <i>n</i>                     | %    | <i>N</i> | %    |
| Controlo da Sexualidade Feminina | 28       | 14.9 | 11                           | 5.9  | 134      | 71.3 |
| Cultura e Tradição               | 6        | 3.2  | 4                            | 2.1  | 175      | 93.1 |
| Pressão Social                   | 17       | 9.0  | 24                           | 12.8 | 136      | 72.4 |
| Religião                         | 11       | 5.9  | 17                           | 9.0  | 147      | 78.2 |
| Outra                            | 15       | 8.0  | 41                           | 21.8 | 18       | 9.6  |

2.5. Perceção das vítimas acerca da Mutilação

No que concerne ao modo como as vítimas entendem o processo de mutilação, a generalidade dos participantes indica que estas o veem como uma tradição cultural (65.4%) e como um mandato religioso (54.8%). Apenas uma pequena percentagem o visiona como crime (28.2%) ou como uma boa prática (9.6%). Dados mais detalhados são possíveis de observar na Tabela 7 que se segue.

Tabela 7

*Perceções relativas ao processo de MGF*

| Perceções das vítimas acerca da MGF | Discordo |      | Não concordo<br>nem Discordo |      | Concordo |      |
|-------------------------------------|----------|------|------------------------------|------|----------|------|
|                                     | <i>n</i> | %    | <i>n</i>                     | %    | <i>N</i> | %    |
| Boa Prática                         | 114      | 60.6 | 39                           | 20.7 | 18       | 9.6  |
| Tradição Cultural                   | 28       | 14.9 | 24                           | 12.8 | 123      | 65.4 |
| Mandato Religioso                   | 34       | 18.0 | 36                           | 19.1 | 103      | 54.8 |
| Crime                               | 71       | 37.8 | 48                           | 25.5 | 53       | 28.2 |
| Problema Sério                      | 49       | 26.0 | 48                           | 25.5 | 75       | 39.9 |
| Experiência Benéfica                | 115      | 61.2 | 36                           | 19.1 | 21       | 11.2 |

## 2.6. Consequências da Mutilação Genital Feminina nas Vítimas

Analisando a parte central desta dissertação e questionário, denota-se que as consequências mais relatadas pelas vítimas são, essencialmente, psicológicas (75.5%), seguindo-se os sintomas sexuais (70.7%) e os físicos (67.6%). Foi feita uma distinção entre consequências a curto e a longo prazo, para melhor estudo desta problemática. No que se refere aos impactos a curto prazo os participantes declaram que as vítimas demonstram, em larga medida, uma dor intensa (68.6%), e hemorragias excessivas (55.3%) decorrentes do procedimento a que foram submetidas. O resultado mais grave, a morte da vítima, foi o menos relatado, apenas 28.2%, o que mesmo assim representa um número consideravelmente elevado.

Além destas, a mutilação é suscetível de provocar consequências mais duradouras que, em muitos casos, perduram para o resto da vida das vítimas. Os problemas psicológicos de que são exemplos a ansiedade, a depressão, a baixa autoestima e o stress pós-traumático, são os mais pontuados pelos profissionais, detendo uma percentagem de 64.9%. Os problemas sexuais (61.2%), vaginais (57.4%), urinários e relacionais (46.3%, ambos) ocupam os lugares seguintes, surgindo, em último, o aumento do risco de complicação no parto (38.8%). Ainda no âmbito das adversidades sexuais, é possível afirmar, mediante as respostas obtidas, que o corte genital feminino é capaz de diminuir o prazer sexual das mulheres (90.4%). Uma descrição mais detalhada da amostra encontra-se na Tabela 8, abaixo indicada.

Tabela 8

*Consequências da MGF na vida das vítimas*

| Consequências da MGF                                        | N   | %    |
|-------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Consequências mais reportadas pelas vítimas</b>          |     |      |
| Físicas                                                     | 127 | 67.6 |
| Psicológicas                                                | 142 | 75.5 |
| Sexuais                                                     | 133 | 70.7 |
| Médicas                                                     | 74  | 39.4 |
| Relacionais                                                 | 85  | 45.2 |
| <b>Consequências a curto prazo reportadas pelas vítimas</b> |     |      |
| Hemorragia Excessiva                                        | 104 | 55.3 |
| Inchaço do tecido genital                                   | 90  | 47.9 |
| Febre                                                       | 76  | 40.4 |

|                                                                                              |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Problemas de cicatrização de feridas                                                         | 87  | 46.3 |
| Dor intensa                                                                                  | 129 | 68.6 |
| Problemas urinários                                                                          | 82  | 43.6 |
| Lesão do tecido genital circundante                                                          | 90  | 47.9 |
| Choque                                                                                       | 68  | 36.2 |
| Morte                                                                                        | 53  | 28.2 |
| <b>Consequências a longo prazo reportadas pelas vítimas</b>                                  |     |      |
| Problemas Vaginais                                                                           | 108 | 57.4 |
| Problemas Urinários                                                                          | 87  | 46.3 |
| Problemas Sexuais                                                                            | 115 | 61.2 |
| Problemas Menstruais                                                                         | 43  | 22.9 |
| Problemas Relacionais                                                                        | 87  | 46.3 |
| Problemas Psicológicos (depressão, ansiedade, baixa autoestima, stress pós-traumático, etc.) | 122 | 64.9 |
| Aumento do risco de complicações no parto                                                    | 73  | 38.8 |
| Necessidade de cirurgias posteriores                                                         | 75  | 39.9 |
| <b>Momento em que vítimas se apercebem das consequências</b>                                 |     |      |
| Ainda durante a infância                                                                     | 34  | 18.1 |
| Na adolescência                                                                              | 81  | 43.1 |
| Na idade adulta                                                                              | 46  | 24.5 |

## 2.7. Percepções dos profissionais sobre a MGF

Foi também questionado aos participantes qual a sua percepção face a este fenómeno cruel e doloroso, apresentando-se um conjunto de frases com quais os mesmos tinham de indicar se concordavam ou não. É possível observar que cerca de 90.4% dos participantes considera que esta prática é suscetível de causar a diminuição do prazer sexual das mulheres, assim como afeta em larga escala a saúde mental e o bem-estar das mesmas (94.7%). Ademais, um fator bastante importante e significativo prende-se com a afirmação relativa a uma consequência do ato – os problemas obstétricos. Sensivelmente 69.6% dos participantes acredita que as mulheres vítimas de MGF detêm maior probabilidade de apresentar esse tipo de problemas. Dados com mais detalhe e pormenor podem ser observados na Tabela 9 abaixo indicada.

Tabela 9

*Percepções dos profissionais sobre a MGF*

| Percepções dos profissionais acerca da MGF                                                                                            | Discordo |          | Não Concordo<br>nem Discordo |          | Concordo |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|------------------------------|----------|----------|----------|
|                                                                                                                                       | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i>                     | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| A MGF diminui a promiscuidade entre as mulheres.                                                                                      | 156      | 83.0     | 20                           | 10.6     | 4        | 2.1      |
| O corte genital feminino pode diminuir o prazer sexual das mulheres.                                                                  | 8        | 4.2      | 4                            | 2.1      | 170      | 90.4     |
| A MGF pode afetar a saúde mental e o bem-estar das vítimas.                                                                           | 3        | 1.6      | —                            | —        | 178      | 94.7     |
| Mulheres vítimas correm maior risco de resultados obstétricos negativos, como cesariana e aumento da perda de sangue durante o parto. | 14       | 7.5      | 33                           | 17.6     | 131      | 69.6     |
| Mulheres vítimas são mais fiéis aos seus parceiros.                                                                                   | 144      | 76.6     | 27                           | 14.4     | 10       | 5.3      |

2.8. Apoio Profissional/Institucional

Concluiu-se que apenas uma pequena percentagem (76.6% das respostas) de vítimas, entre 0 e 20%, é que busca ajuda junto de instituições de apoio e profissionais especializados na área. Isto ocorre, essencialmente, devido ao medo de estigmatização por parte da família e restante comunidade (79.8%) que estas vítimas sentem, assim como a vergonha (75.0%) de terem sido submetidas a tal situação.

Denota-se a enorme falta de conhecimento relativo ao facto de a MGF constituir um crime previsto e punido em legislação própria para o efeito (71.3%), bem como o desconhecimento de todos os meios de ajuda disponíveis para vítimas (72.9%), não só deste crime, como de todos os outros existentes. Para uma análise mais pormenorizada observe-se a Tabela 10 que abaixo surge.

Tabela 10

*Apoio institucional e profissional*

| <b>Apoio Profissional/Institucional</b>                                 | <b><i>n</i></b> | <b><i>%</i></b> |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Vítimas que procuram ajuda</b>                                       |                 |                 |
| 0-20%                                                                   | 144             | 76.6            |
| 20-50%                                                                  | 26              | 13.8            |
| 50-80%                                                                  | —               | —               |
| 80-100%                                                                 | —               | —               |
| <b>Entraves à procura de apoio médico e psicológico</b>                 |                 |                 |
| Desconhecimento dos meios de ajuda disponíveis                          | 137             | 72.9            |
| Medo de estigmatização por parte da família e comunidade                | 150             | 79.8            |
| Medo de que ninguém acredite nelas                                      | 66              | 35.1            |
| Vergonha                                                                | 141             | 75.0            |
| Falta de conhecimento de que a mutilação constitui uma prática criminal | 134             | 71.3            |
| Não sabem que foram submetidas à prática de MGF                         | 49              | 26.1            |
| Medo de violência institucional                                         | 58              | 30.9            |

**3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

A elaboração do supramencionado estudo empírico, sob a forma de questionário entregue a distintos grupos de profissionais que atuam em instituições de apoio à vítima em Portugal, pretendeu abordar questões relacionadas com o fenómeno de MGF, em particular, com o impacto e consequências que esta prática acarreta para as respetivas vítimas. Da panóplia de resultados obtidos nota-se que, embora tenham algum conhecimento sobre a MGF, adquirido, principalmente, por iniciativa própria, há lacunas significativas, especificamente no que diz respeito à idade média das vítimas. Este facto é evidenciado pela maioria dos profissionais (62,2%) que não receberam informações sobre a MGF durante a sua formação e pela incerteza sobre a idade média das vítimas (72,9% não possuem conhecimento suficiente).

É preocupante que, apesar da maioria dos profissionais apoiar vítimas de violência doméstica, apenas uma pequena fração (10,6%) tenha experiência direta com casos de MGF. Esta realidade pode contribuir para a falta de conhecimento específico sobre esta prática. O estudo também mostra uma perceção generalizada de que a MGF é mais prevalente em comunidades

africanas, uma visão corroborada por evidências históricas e contemporâneas, embora a prática esteja espalhada globalmente, especialmente devido à migração. De facto, há evidências em bibliografia já existente de que a MGF surgiu, pela primeira vez, nesse mesmo continente, consubstanciadas, por exemplo, em indícios encontrados no decurso de análises forenses efetuadas a múmias (Cerejo et al., 2017) e num papiro grego encontrado contendo a menção de que todas as meninas de Memphis, Egito, foram submetidas a este ato quando recebiam os seus dotes (Sequeira, 1931).

Alves (2022), no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, apurou que a MGF está presente em cerca de 40 países, sendo 28 desses pertencentes ao continente africano. Não obstante, derivado dos fluxos migratórios globais, esta tornou-se uma realidade em praticamente todo o mundo, subsistindo no Médio Oriente, na América Central e do Sul e em vários países da União Europeia como o caso de Portugal, França, Espanha e Reino Unido. Apesar deste último indicativo, não se verificam quaisquer indicações que a prática tenha ocorrido em território europeu, ao invés disso as vítimas, que residem cá, são deslocadas para os seus países de origem a fim de serem submetidas à mutilação. Um estudo elaborado pela organização The Woman Stats Project, datado do ano de 2015, aferiu que em grande parte da América do Norte, Ásia e Europa, o exercício de mutilação é raro, estando restrito a uma minoria étnica ou a comunidades de imigrantes em que esse tipo de prática é comum (Ontiveros, 2019). Conclui-se então que a MGF existe sim, em larga escala, em África, todavia propaga-se um pouco por todo o mundo, mantendo as suas raízes nas peculiaridades socioculturais e religiosas africanas. É deveras alarmante que apenas uma ínfima percentagem (0,5%) demonstre conhecimento global acerca do fenómeno, o que reflete uma falta de preocupação de alguns países nesta matéria.

Como é possível aceitar que, em pleno século XXI, um fenómeno desta natureza e alcance seja quase desconhecido para uma proporção significativa da população, especialmente, para profissionais de apoio à vítima? O pouco investimento técnico e científico neste domínio espelha-se na alta percentagem de profissionais (69,7%) que demonstraram não deter informações acerca da idade média em que as meninas/mulheres são submetidas a MGF. Da pequena proporção que retorquiu constata-se que a MGF ocorre nos primeiros anos de vida da vítima, geralmente entre os 0 e os 3 anos (5,9%) e os 4 e os 7 anos (6,9%). Este dado adquirido vai, em certa parte, de encontro ao sucedido na realidade, uma vez que apesar de o mais comum ser entre os 2 e os 12 anos, a MGF verifica-se em distintas fases da vida – infância, puberdade, antes do casamento, no decorrer de uma gravidez e após o nascimento do primeiro filho (Gerry Mackie, 2000).

Mais lacunas se verificaram nos resultados obtidos deste estudo, nomeadamente, com relação aos tipos de MGF mais praticados. Cerca de metade dos profissionais (50,5%) não sabe nada sobre, o que revela ser uma mais-valia apostar em campanhas de sensibilização nesta matéria, elucidando a comunidade e profissionais dos tipos de MGF que existem e quais as suas diferenças. Detendo estas e outras informações, não só a população estaria alerta para o fenómeno e apta a denunciá-lo, como também os profissionais dispunham de maior conhecimento para prestar um correto e adequado apoio às vítimas.

Apesar de a MGF estar legalmente prevista em diversos países incluindo Portugal, depreende-se que dificilmente a mesma será erradicada se continuarmos com a mesma visão. É necessário investimento junto das comunidades mais preocupantes nesta vertente, especificamente na população onde a prevalência é maior. Ao invés disso, se mantivermos tudo como está e não forem explicados os problemas e consequências que esta prática acarreta para as vítimas, os números continuarão a aumentar sempre justificados pela cultura, tradição e religião de cada comunidade praticante. Tal é corroborado com 93,1% dos profissionais a afirmar a “Cultura e Tradição” e 78,2% a “Religião”, como as principais motivações para a prática, essencialmente perpetrada pelas avós e/ou membros da família (79,3%), seguida dos líderes religiosos de cada comunidade (44,7%).

A questão central desta dissertação, mencionada diversas vezes ao longo da mesma, prende-se com as consequências provocadas nas vítimas, pelo que se discutirá, em seguida, os resultados obtidos nesse sentido. A UNICEF (2010) classifica as complicações em dois ramos distintos: as de curto prazo ou imediatas e as de longo prazo ou tardias. Foi com base nestas duas distinções que se procurou perceber qual o nível de conhecimento que os profissionais que prestam apoio a vítimas detêm sobre esta temática. Os resultados refletem que, ainda que o fenómeno seja pouco explorado, os profissionais detêm conhecimentos corretos face aos impactos do mesmo. Tal conclusão é elucidada pelos 75,5% de participantes que referiram as complicações psicológicas como uma das mais graves a curto prazo.

A morte das vítimas continua a ser um assunto pouco abordado (apenas 28,2% a referiu), o que se revela bastante preocupante dado que esta constitui a consequência mais grave de todas. Além disso, tal resultado corrobora ainda mais a falta de perceção acerca da MGF, na medida em que não permite alertar, em grande dimensão, as famílias das vítimas responsáveis pela submissão a estes atos.

No âmbito das complicações a longo prazo/tardias, surgem, à semelhança das a curto prazo, como mais reportadas, as consequências psicológicas (64,9%), seguidas dos problemas sexuais (61,2%). Efetivamente, este tipo de práticas acarreta danos psicossociais extremamente graves para as vítimas, tendo em conta que, à semelhança do mencionado por Santos (2016), a mutilação constitui “um marco intenso no seu desenvolvimento mental” (p.7), permanecendo na memória ao longo da vida. Tal clarifica os 94,7% dos profissionais que concordaram com a afirmação relativa ao facto de a mutilação afetar a saúde e o bem-estar das suas vítimas. Além do mais, 90,4% dos profissionais crê que a MGF diminui o prazer sexual das mulheres, facto comprovado por um estudo no Egito que revelou que a maioria das mulheres inquiridas (60%) praticava relações sexuais com pouca frequência devido à falta de excitação, à não ocorrência do orgasmo e ao sentimento de forte dor aquando do ato.

Do presente estudo é possível captar que somente uma diminuta percentagem dos profissionais (22,9%) exhibe sabedoria relativa à alteração do ciclo menstrual da mulher. A maioria desconhece que um dos tipos de MGF praticados provoca um estreitamento anormal de um vaso sanguíneo, causando a retenção de sangue menstrual na vagina e no útero, o que se espelha numa menstruação altamente dolorosa. Em contrapartida, grande parte (69,6%) acredita, piamente, que mulheres vítimas de MGF dispõem de maior risco para sofrerem problemas obstétricos, o que corresponde ao real ocorrido.

Uma das questões mais importantes no apoio a vítimas é que estas procurem ajuda, dispondo, para isso, não só de todos os meios e ferramentas necessárias, como também do devido conhecimento acerca das mesmas. Numa última parte do questionário levado a cabo, questionaram-se os profissionais acerca daquilo que seria, na sua perspetiva, a percentagem de vítimas que procuram ajuda, na qual se obteve uma percentagem de 76,6% para “0-20%”. Estas não o fazem por medo da estigmatização exercida por parte da família e restante comunidade (79,8%), vergonha (75%) e desconhecimento dos meios disponíveis para o fazer (72,9%). O facto de a comunidade não se encontrar devidamente informada acerca da prática e prevalência da mesma, reflete-se nestes dados apresentados. Enquanto a vítima sentir que irá ser julgada pelo público face ao que lhe aconteceu e/ou não for informada que tem o direito a apoio institucional, médico ou psicológico, estas taxas permanecerão com níveis absolutamente baixos.

O presente estudo não é desprovido de limitações, salientando-se o facto de se ter obtido um número bastante reduzido de profissionais que apoiam vítimas de MGF. Apesar disso, os mesmos demonstraram algum conhecimento na matéria, permitindo realizar um conjunto de

reflexões que aferem a falta de tratamento destas questões. Embora os profissionais com formação especializada em apoio a vítimas de crime apresentem níveis de conhecimento razoáveis sobre o fenómeno, subsiste ainda uma necessidade de investir no desenvolvimento de competências nesta área, especialmente junto daqueles que pouco sabem acerca da mesma. É ainda urgente estudar quais as necessidades que as vítimas apresentam e quais os desafios e dificuldades inerentes à intervenção. Finalmente, a divulgação dos meios de ajuda disponíveis e o incentivo à procura de ajuda junto das vítimas de mutilação seria uma mais-valia, de forma que estas se extraviassem da vergonha e do medo que sentem em ser julgadas.

## CONCLUSÃO

A Mutilação Genital Feminina é um tema bastante difícil e sensível, na medida em que, tal como menciona Helena Santos (2016) “cria no ser humano os mais diversos sentimentos, que se estendem desde a revolta, ao medo, à pena, à compreensão e até entendimento duma realidade que não é nossa, mas que merece respeito” (p.69). Por esta mesma razão trata-se de um assunto que carece o maior dos cuidados e atenção.

Quando centralizamos o tema da presente dissertação nas consequências e no impacto na vida das vítimas de MGF, o maior desafio centrou-se, sem dúvida, na recolha da literatura. Com efeito, deparamo-nos com uma enorme escassez de estudos nesta vertente, que se reflete na falta de conhecimento generalizado em toda a população, o que inclui as próprias vítimas que nem sempre têm consciência de que está em causa um facto ilícito penal passível de ser denunciado e de que dispõem de uma panóplia de meios de apoio e auxílio.

A prática de MGF perdura há milhares de anos e, mesmo tendo sido criados, ao longo do tempo, diversos diplomas e tipos penais, a mesma continua a existir com elevados níveis de prevalência, verificando-se mais de 200 milhões de vítimas em todo o mundo (ONU, 2021). Todavia, isto não é apenas um fenómeno exclusivo de determinados lugares geográficos, como o continente africano, tendo vindo a globalizar-se, essencialmente, devido a fenómenos migratórios. Países como o Canadá, a Austrália, o Reino Unido, Espanha e Portugal assistem a esta ocorrência, todavia, com relação a países da União Europeia não se verificam evidências de que a MGF seja praticada nesses territórios, apenas que as vítimas lá residem, mas são deslocadas para os países de origem a fim de serem mutiladas (Alves, 2022).

A MGF é deveras um problema mundial que afeta, não só a vida e saúde pública das suas vítimas, como também a sua saúde física e mental, a sua liberdade e autodeterminação sexual e a sua vida reprodutiva. Esta é responsável pelo surgimento de inúmeras consequências, sejam elas a curto ou a longo prazo, levando mesmo até à morte. A OMS contabiliza quatro formas distintas de se praticar o ato – clitoridectomia (tipo I), excisão (tipo II), infibulação (tipo III) e atos não classificados (tipo IV), que tivemos oportunidade de dissecar no decorrer deste estudo, correspondendo os dois primeiros aos tipos mais praticados.

Configura-se extremamente preocupante saber que existem mais de 6500 vítimas de MGF a residir em Portugal, sendo que 853 casos se referem apenas ao período temporal de 2014 a 2023 (SIC Notícias, 2023). Fenómenos como a pandemia COVID-19 só vieram agravar a situação, colocando em risco cerca de 4,3 milhões de meninas, provindas de várias partes do planeta,

apenas no ano de 2023, número suscetível de aumentar para 4,6 milhões nos próximos seis anos (até 2030).

Na tentativa de erradicar esta prática ou, pelo menos, reduzir, substancialmente, a sua prevalência, importa destacar a Convenção de Istambul, que sujeita todos os seus estados signatários a adotar medidas legislativas neste mesmo sentido, como se verificou em Portugal. A autonomização do crime de MGF em 2015 veio retirar esta ação do crime de ofensas à integridade física graves, por se considerar que era violado muito mais que a integridade física da vítima, afetando-se também a saúde psíquica e mental e, ainda, a liberdade e autodeterminação sexual. De forma genérica, a MGF consagra um crime público, doloso, de execução livre, de dano e de resultado, admitindo punibilidade para a tentativa e para quaisquer atos preparatórios. Salienta-se que este tipo penal não é aplicado, somente, em território nacional, sendo também executado em outros locais, nos casos em que o nosso país “se tenha obrigado a julgar por tratado ou convenção internacional” (artigo 5º, nº2, CP) – como o caso da Convenção de Istambul. Não obstante a estas declarações, Pereira (2016) destacou que se verificam algumas lacunas na letra da lei, uma vez que se excluem do âmbito de punibilidade determinados agentes. Salientam-se aqui todos aqueles que incitem à mutilação, seja ela exercida pela própria pessoa ou por outrem. No entanto, nem todos os autores partilham da mesma opinião, referenciando-se Lopes & Milheiro que defendem que tais atos são punidos enquanto atos preparatórios (artigo 144º-A do CP).

Apesar de estarmos em pleno século XXI e terem sido empregues vários esforços decorrentes de diversas entidades, é alarmante que o ato perdure sustentado em motivações religiosas e tradicionais. Torna-se fulcral e urgente sensibilizar as comunidades para as consequências que daí resultam e chamar a atenção para o facto de não estar previsto em qualquer diploma religioso (*e.g.* Bíblia, Corão,..) este tipo de conduta. É importante desmistificar que não é porque as mulheres são submetidas a este ato que se tornam puras, ou melhor, ainda que não sejam vítimas deste facto, isso não implica necessariamente que as mesmas sejam impuras. São questões relativas à personalidade da pessoa e não relacionadas com a sua sexualidade.

Com o intuito de ilustrar melhor a questão central deste trabalho – o impacto da MGF nas vítimas –, foi desenvolvido um estudo empírico sob a forma de um questionário online elaborado na plataforma Qualtrics, aplicado a profissionais de diversas áreas de apoio a vítimas que trabalham em instituições portuguesas. Do mesmo percebeu-se que são inúmeras as consequências que foram relatadas, sobressaindo os problemas psicológicos, tanto a curto como

a longo prazo. Exemplificando, surgem casos envolvendo depressão, ansiedade, baixa autoestima e perturbações de stress pós-traumático (PSPT). Verificam-se imensas dores fortes, hemorragias e dificuldades exacerbadas no momento do parto, uma vez que se torna imprescindível reverter a situação de MGF para que o feto consiga sair livremente. É inquietante o pouco conhecimento revelado acerca da morte das vítimas, o que faz com que o ato perdure sem qualquer noção dos seus malefícios. Constatase que, para além do já mencionado, as complicações físicas são variadas, lesando órgãos subjacentes ao aparelho genital feminino e provocando o aumento e inchaço das cicatrizes resultantes da operação (queloides). Além disso, um ato tão cruel e invasivo como este é suscetível de afetar o normal funcionamento do sistema urinário e o processo natural de menstruação.

Foi chocante ver que nem os profissionais de apoio a vítimas de crime se encontram bem informados e instruídos, facto comprovado pelo estudo levado a cabo onde 72,9% dos profissionais declarou nada saber sobre. Além disso, apercebemo-nos que apenas uma pequena percentagem dos mesmos apoia vítimas deste tipo de crime, correspondendo a maioria a vítimas de violência doméstica. É certo que existe uma elevadíssima percentagem de vítimas deste crime no nosso país, todavia não podem ser deixados de parte fenómenos como o da MGF, que se tem tornado cada vez mais frequente.

Na nossa ótica, é preciso apostar na formação de profissionais nesta área, para que os mesmos estejam munidos de todas as ferramentas necessárias para prestar um eficaz apoio à vítima. Só conciliando a sensibilização e o alerta de toda a população com a formação adequada de profissionais é que estamos aptos a evoluir no sentido de eliminação/redução da prática. Quanto mais informada estiver a sociedade civil e os próprios profissionais, mais fácil se torna o processo de denúncia e de cura e tratamento. Ademais, a partilha de conhecimento sobre o ato, especificamente, sobre a sua punibilidade, é capaz de incentivar as vítimas a deixar o medo e a vergonha de lado e a contar o que se passou.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. & Abreu, A. (2015). Community education matters: representations of female genital mutilation in Guineans immigrant women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 171, 620-628. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.01.169.

Alves, R. V. S. (2022). *Mutilação Genital Feminina nos cuidados de saúde primários: conhecimentos, perceções e experiências dos médicos e enfermeiros do ACES Lisboa Norte*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/154512>.

Baldé, C. & Rodriguez, A.A. (2019). Cases studies about female genital mutilation «Jadare» in the culture fulbe (Guinea Bissau). *Directory of Open Access Journals*, 23(53), 156-167. DOI: <https://doi.org/10.14198//cuid.2019.53.15>.

Barnhill, J. W. (2020). *Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)*. Manual MSD Versão saúde para a Família. <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAdem-mental/ansiedade-e-transtornos-relacionados-ao-estresse/transtorno-de-estresse-p%C3%B3s-traum%C3%A1tico>.

Cardoso, C. A. T. (2012). *A Violência Doméstica e as Penas Acessórias*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Pólo do Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9686/1/9686.pdf>.

Cerejo, D., et al. (2017). Contextos socioculturais, discursos e perceções sobre a mutilação genital feminina. *Faces de Eva*, (37), 83-103.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens (CNPDP CJ). (2020). Colaborar Ativamente na Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina. In CNPDPCJ, *Manual de Procedimentos*. <https://www.cnpdpj.gov.pt/publicacoes-cnpdpj2>.

Costa, J. F. (2017). *Direito Penal* (1ª ed.). Imprensa Nacional. ISBN: 978-972-27-2605-4.

Demandolx, A. (2018). Mutilação Genital Feminina. *Cairn.Info Matières à réflexion*, 2(143), 73-82. DOI: 10.3917/top.143.0073.

DeSilva, S. (1989). Obstetric sequelae of female circumcision. *European journal of obstetrics, gynaecology and reproductive biology*, 32, 233-240.

Dias, A. S. (2006). Faz sentido punir o ritual do fanado? Reflexões sobre a punibilidade da excisão clitoridiana. *Revista Portuguesa de Ciências Criminais*, (1), 1-47.

Diouf, K. & Nour, N. (2012). Female Genital Cutting and HIV Transmission: Is There an Association?. *American Journal of Reproductive Immunology*, 69(1), 45-50. DOI: 0.1111/aji.12028.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Mutilação Genital Feminina: Análise dos casos registados na PSD/SER-PP 2014-2017*. DGS. <http://www.aenfermagemasleis.pt/2018/09/24/mutilacao-genital-feminina-analise-dos-casos-registados-na-pds-rse-pp-2014-a-2017-dgs/>.

Djaló, A. (2020). *Mutilação Genital Feminina em Portugal nos últimos 20 anos*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21548/1/master\\_aulato\\_djalo.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21548/1/master_aulato_djalo.pdf).

Enes, A. C. B. M. (2016). *A Mutilação Genital Feminina/ Corte em Portugal*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Faria, P. R. (2016). A Convenção de Istambul e a mutilação genital feminina. In Cunha, M. C. (Coord), *Combate à Violência de Género: Da Convenção de Istambul à nova legislação penal* (pp. 99-127). Atlas.

Ferreira, R. F. (2017). Concurso de Crimes: análise à luz do direito penal português e brasil. *Unisul de fato e de Direito*, 8(14), 241-263. DOI: <https://doi.org/10.19177/ufd.v8e142016241-263>.

Gallego, B. M. et al. (2021). Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals. *Healthcare*, 9(8), 1-10. DOI: 10.3390/healthcare9080974.

Góis, C. L. C. (2009). *Considerações Clínicas e Dinâmica Cultural da Mutilação Genital Feminina*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21001/2/Mutilao%20Genital%20Feminina.pdf>.

Gomes, A. M. M. et al. (2018). Mutilação genital feminina: uma prática antiga, um problema atual. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(6), 420-424. DOI: 10.32385/rpmgf.v34i6.12150.

Kalakoh, N. K. (2017). *The Effects of Female Genital Mutilation on Women of Sierra Leone*. [Dissertação de Mestrado, Walden University]. ProQuest. <https://www.proquest.com/openview/213deca55a7ac8bfadd6738d9123163a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>.

Kaplan et al. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8(26), 1-6. <https://link.springer.com/article/10.1186/1742-4755-8-26>.

Kilpatrick, C. (2023). *Cistos e abscessos da glândula vestibular maior (Glândula de Bartholin)*. Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/doen%C3%A7as-ginecol%C3%B3gicas-diversas/cistos-e-abscessos-da-gl%C3%A2ndula-vestibular-maior-gl%C3%A2ndula-de-bartholin>.

Lopes, J. M. & Milheiro, T. C. (2015). *Crimes Sexuais: análise substantiva e processual*. Coimbra Editora.

Mahmoud, M. I. H. (2016). Effect of female genital mutilation on female sexual function, Alexandria, Egypt. *Alexandria Journal of Medicine*, 52, 55-59. DOI: 10.1016/j.ajme.2015.03.003.

Martingo, C. (2009). *O corte dos genitais femininos em Portugal: O caso dos guineenses* (1ª ed.). ACIDI. [https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/tese\\_22.pdf/07d10849-b6e7-4823-b3f8-c58a065a451c](https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/tese_22.pdf/07d10849-b6e7-4823-b3f8-c58a065a451c).

Monte, M. F. (2016). Mutilação Genital, Perseguição (Stalking) e Casamento Forçado: Novos Tempos, Novos Crimes. *Julgar*, (28), 75-88. <https://julgar.pt/mutilacao-genital-perseguiacao-stalking-e-casamento-forcado-novos-tempos-novos-crimes/>.

Odukogbe, A. T. A. et.al. (2017). Mutilação/corte genital feminino na África. *Andrologia Translacional e Urologia*, 6(2), 138-148.

Paixão, M. et al. (2021). Beyond the Cultural Phenomena: Female Genital Mutilation as a Public Health Problem in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 34(6), 410-412. DOI: 10.20344/amp.15536.

Palhares, D. & Squinca, F. (2013). Os desafios éticos da mutilação genital feminina e da circuncisão masculina. *Revista Bioética*, 21(3), 432-437.

Pereira, A. P. F. J. (2016). *Os crimes culturalmente condicionados e a sua punibilidade: o crime de mutilação genital feminina*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/37105>.

Piorro, A. S. (2019). *O crime de Mutilação Genital Feminina: considerações sobre a sua autonomização no Código Penal*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/83098>.

Proudman, C. R. (2017). *O impacto da criminalização na Mutilação Genital Feminina na Inglaterra: do ponto de vista das mulheres e das partes interessadas*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade de Cambridge.

Reisel, D. & Creighton, S. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80(1), 48-51. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.10.009.

Roux, D. (2020). *Mutilação Genital Feminina*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade Nova Sorbonne.

Rushwany, H. (2013). Mutilação genital feminina: uma tragédia para a saúde reprodutiva das mulheres. *Jornal Africano de Urologia*, 19(3), 130-133. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.afju.2013.03.002>.

Santos, H. A. M. (2016). *A Mutilação Genital Feminina em Portugal e a sua Proteção Jurídica – O debate político e a criminalização da prática*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/44643>.

Santos, M. (2019). Implicações da Convenção de Istambul para o ordenamento jurídico-penal português: algumas reflexões a propósito dos novos tipos legais de crime de mutilação genital

feminina, casamento forçado e perseguição. In Centro de Investigação Interdisciplinar em Direitos Humanos, *Igualdade de Género: Velhos e Novos Desafios* (pp. 63-80).

Santos, M. (2019). A vítima e a Convenção de Istambul: (Novos) desafios para o ordenamento jurídico-penal português, em especial no contexto dos crimes sexuais. In Escola de Direito da Universidade do Minho, *Jornadas Comemorativas dos 25 anos EDUM* (pp. 59-75).

Sarayloo, K. et al. (2019). Health Consequences of the Female Genital Mutilation: A systematic review. *Galen Med J.*, 8. DOI: 10.22086/gmj.v8i0.1336.

Schrijver, L. et.al. (2020). Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: a situation analysis. *National Library of Medicine*, 17(1), 1-19. DOI: 10.1186/s12978-020-00947-2.

Shakirat, G. O. et.al. (2020). Uma visão geral da Mutilação Genital Feminina na África: as mulheres são beneficiárias ou vítimas?. *Cureus*, 12(9), 1-12. DOI: 10.7759/cureus.10250.

Silva, D. M. & Serra, M. C. M. (2017). Violência Obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Revista brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*, 3(2), 42-65. DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2017.v3i2.2586.

Silva, J. R. (2017). *O tipo legal do artigo 144º-A do Código Penal: uma análise crítica*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito da Escola do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/35295>.

Silva, R. J. S. (2014). *Modificações Genitais Femininas: Mutilação vs Cirurgia*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/34287>.

Teixeira, A. L. & Lisboa, M. (2016). Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal. *Public Health*, 139, 53-60. DOI: 10.1016/j.puhe.2016.05.002.

Timoneda, A. G. et.al. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge?. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13. DOI: 10.1186/s12913-018-3396-z.

Wood, R. et al. (2021). The experiences and psychological outcomes for pregnant women who have had FGM: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100639>.

## INSTRUMENTOS JURÍDICOS

Albuquerque, P. P. (2021). *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. Universidade Católica Editora.

Decreto-Lei nº48/95. (1995). Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=109&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&so_miolo=).

Decreto-Lei nº78/87. (1997). Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. [https://pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=199&tabela=leis](https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=199&tabela=leis).

Garcia, M. M. & Rio, J. M. C. (2015). *Código Penal – Parte Geral e Especial*. Edições Almedina.

Resolução da Assembleia da república nº4/2013. (2013). Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. [https://pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1878&tabela=leis](https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1878&tabela=leis).

## OUTROS DOCUMENTOS

CUF. (2023). Fístula: O que é?. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/fistula>.

Eurocid. (2021). Dia Internacional da Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina 2021. *Eurocid*. <https://eurocid.mne.gov.pt/eventos/dia-internacional-da-tolerancia-zero-mutilacao-genital-feminina-2021#:~:text=A%206%20de%20fevereiro%20assinala-se%20anualmente%20o%20Dia,v%C3%A1rias%20mulheres%20e%20meninas%20%C3%A0%20volta%20do%20mundo>.

Psicanálise Clínica. (n.d.). O que são neuroses?. <https://www.psicanaliseclinica.com/o-que-sao-neuroses/>.

United Nations Population Fund. (2023). *UNFPA-UNICEF Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation*. Retrieved dezembro, 16, 2023, from <https://www.unfpa.org/unfpa-unicef-joint-programme-female-genital-mutilation>.

WHO. (1998). *Female Genital Mutilation: An overview*. World Health Organization Geneva.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42042/9241561912\\_eng.pdf;sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42042/9241561912_eng.pdf;sequence=1).

Belluck, P. (2010, maio, 06). Group Backs Ritual 'Nick' as Female Circumcision Option. *The New York Times*. Retrieved Janeiro, 04, 2024, from <https://www.nytimes.com/2010/05/07/health/policy/07cuts.html>.

Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres. (2011, junho, 10). *Na Guiné Bissau o Parlamento aprovou Lei contra a mutilação genital feminina*. Retrieved dezembro, 19, 2023, from <https://plataformamulheres.org.pt/na-guine-bissau-o-parlamento-aprovou-a-lei-contr-a-mutilacao-genital-feminina/>.

Nações Unidas. (2015, janeiro, 19). *Mutilação Genital Feminina: Uma Preocupação Global, uma Resposta Global*. Retrieved dezembro, 18, 2023, from <https://unric.org/pt/mutilacao-genital-feminina-uma-preocupacao-global-uma-resposta-global/>.

UNICEF. (2019, fevereiro, 06). *Agir para eliminar a mutilação genital feminina até 2030*. Retrieved dezembro, 21, 2023, from <https://www.unicef.pt/actualidade/noticias/mutilacao-genital-feminina/>.

Lusa. (2021, fevereiro, 04). Estudo revela mais meninas em risco de mutilação genital na Europa. *SAPOLIFESTYLE*. Retrieved dezembro, 18, 2023, from <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/estudo-revela-mais-meninas-em-risco-de-mutilacao-genital-na-europa#:~:text=O%20Instituto%20Europeu%20para%20a%20Igualdade%20de%20G%C3%A9nero,faz%20crescer%20o%20risco%20de%20mutila%C3%A7%C3%A3o%20genital%20feminina>.

ONU News. (2021, fevereiro, 06). *Cerca de 4,16 milhões enfrentam risco de mutilação genital feminina em 2021*. Retrieved dezembro, 14, 2023, from <https://news.un.org/pt/story/2021/02/1740632>.

ONU News. (2022, fevereiro, 03). *Pandemia leva 2 milhões de meninas a risco de mutilação genital feminina*. Retrieved dezembro, 16, 2023, from <https://news.un.org/pt/story/2022/02/1778762>.

Agência Lusa. (2022, fevereiro, 06). Portugal regista 190 casos de mutilação genital feminina em 2022. *CNN Portugal*. Retrieved dezembro, 18, 2023, from <https://cnnportugal.iol.pt/mutilacao->

[genital-feminina/dgs/portugal-regista-190-casos-de-mutilacao-genital-feminina-em-2022/20230206/63e0bdae0cf2665294d447b4](https://dgs.pt/registos/registos-de-doencas-e-afeccoes/registos-de-doencas-e-afeccoes-genitais/registos-de-doencas-e-afeccoes-genitais-femininas/registos-de-doencas-e-afeccoes-genitais-femininas-em-2022/20230206/63e0bdae0cf2665294d447b4).

World Health Organization. (2023, janeiro, 31). *Mutilação Genital Feminina*. Retrieved Janeiro, 21, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

UNFPA Brasil. (2023, fevereiro, 02). *Sem ação urgente, mundo perderá a meta de acabar com a mutilação genital feminina até 2030*. Retrieved dezembro, 16, 2023, from <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/sem-acao-urgente-mundo-perdera-meta-de-acabar-com-mutilacao-genital-feminina-ate-2030>.

Lusa. (2023, fevereiro, 06). Governo apoia projetos contra mutilação genital feminina com 80 mil euros. *Público*. Retrieved dezembro, 21, 2023, from <https://www.publico.pt/2023/02/06/sociedade/noticia/governo-apoia-projectos-mutilacao-genital-feminina-80-mil-euros-2037775>.

Noronha, N. (2023, fevereiro, 06). Mutilação genital feminina: O que é e quais os risco para a saúde?. *SAPOLIFESTYLE*. Retrieved dezembro, 26, 2023, from <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/o-que-e-e-como-e-feita-a-mutilacao-genital-feminina#:~:text=Al%C3%A9m%20da%20m%C3%A3e%2C%20tamb%C3%A9m%20os%20rec%C3%A9m-nascidos%20podem%20sofrer,dia%2C%20nem%20sabe%20o%20bem%20que%20lhe%20fazia>.

SIC Notícias. (2023, fevereiro, 06). *Mutilação genital feminina: em nove anos, registados em Portugal 853 casos*. Retrieved dezembro, 18, 2023, from <https://sicnoticias.pt/saude-e-bem-estar/2023-02-06-Mutilacao-genital-feminina-em-nove-anos-registados-em-Portugal-853-casos-1fe4f4f4>.

Sedicias, S. (2023, junho). *Prolapso uterino: o que é, sintomas, causas e tratamento*. Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/prolapso-uterino/>.

Rotolo, L. (2023, julho). *Queloides: o que é, sintomas, causas e tratamento*. Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/o-que-e-queloides/>.

# ANEXO 1



Universidade do Minho

Conselho de Ética

## **Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas**

Identificação do documento: CEICSH 158/2022

Título do projeto: *Mutilação Genital Feminina: Impactos e Consequências nas Vítimas*

Equipa de Investigação: Bruna Filipa Afonso Viana (IR), Mestrado em Ciências Criminais, Escola de Direito, Universidade do Minho; Margarida Santos (Orientadora), Escola de Direito, Universidade do Minho; Mariana Gonçalves (Orientadora), Centro de Investigação em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

### **PARECER**

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Mutilação Genital Feminina: Impactos e Consequências nas Vítimas*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto nos termos apresentados no Formulário de Identificação e Caracterização do Projeto, que se anexa, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 31 de março de 2023.

A Presidente do Conselho de Ética

(Maria Cecília Lemos Pinto Estrela Leão)