

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CAROLINE DA CUNHA CAMPOS

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA: Uma revisão integrativa

Porto Alegre

2010

CAROLINE DA CUNHA CAMPOS

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA: Uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr^a Simone Algeri

Porto Alegre

2010

Agradeço à Deus por todas as bênçãos, e principalmente pelo anjinho que me enviou recentemente, reforçando ainda mais a minha motivação.

Ao meu marido André, pela parceria, amizade, apoio, compreensão e dedicação.

À Simone, minha orientadora, professora, amiga e inspiração profissional.

Às colegas, que se tornaram minhas grandes amigas, pela amizade e por toda a parceria durante essa caminhada.

À minha mãe, por toda a força e dedicação dispensada durante esse período.

À Dinda, por possibilitar a realização da tão sonhada formatura.

Ao meu pai (*in memoriam*), pelos valores a mim passados que contribuíram para que me tornasse a pessoa que hoje sou.

RESUMO

A prática de mutilar a genitália feminina pode ser considerada uma violência de gênero, violando os direitos humanos contra a mulher e contra a criança. A estimativa da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) é a de que entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres em todo o mundo tenham sido submetidas a estes processos e que, anualmente, três milhões de meninas corram o risco de sofrer uma mutilação genital. Este trabalho teve como objetivo Investigar o que a produção científica evidencia sobre os fatores relacionados à prática de mutilação genital feminina (MGF), através de uma revisão integrativa. Para isso, foi realizada uma busca de artigos, publicados entre o período de 1997 à 2009, nas bases de dados *ISI Web of Knowledge*, LILACS e SCIELO, em inglês, português e espanhol. O total da amostra foi de 34 artigos. A maioria dos estudos mostrou que a MGF acarreta graves conseqüências para a saúde da mulher. Os principais preditores relacionados foram tradição e cultura, religião, idade elevada, baixo nível de escolaridade. A prevalência varia conforme a etnia e há associação positiva entre idade elevada e prevalência, sendo que foi evidenciado declínio na prevalência da MGF nas últimas gerações. De acordo com as pesquisas, a maioria dos entrevistados são a favor da eliminação da prática e, de um modo geral, as mulheres não querem que suas filhas sofram mutilação. Qualquer abordagem que tem como objetivo final a erradicação da mutilação genital feminina deve incorporar uma estratégia global que aborde a multiplicidade de fatores que a perpetuam. A questão cultural merece especial reflexão e atenção, pois embora a prática de circuncisão feminina, não esteja no nosso contexto, frente à globalização, não é temática distante de nós. Essa revisão integrativa possibilitou agregar conhecimento, através das evidências científicas sobre os aspectos relacionados à prática.

Descritores: Mutilação genital feminina; Circuncisão feminina.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Seleção de artigos pelo <i>ISI Web of Knowledge</i>	22
Quadro 1	Tipos de pesquisa e objetivos dos artigos incluídos na amostra	23
Quadro 2	Prevalência da mutilação genital feminina	26
Quadro 3	Conseqüências da mutilação genital feminina	27
Quadro 4	Preditores para mutilação genital feminina	31
Quadro 5	Percepções e atitudes em relação à mutilação genital feminina	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVO GERAL	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	Terminologia	11
3.2	Definição e aspectos relacionados	11
3.3	Onde Ocorre	14
3.4	Origem e razões para a prática de mutilação genital feminina	14
3.5	Conseqüências da mutilação genital feminina	16
3.6	Movimentos para a erradicação da mutilação genital feminina	17
4	METODOLOGIA	19
4.1	Tipo de estudo	19
4.2	Amostra	19
4.3	Análise dos dados	20
4.4	Aspectos éticos	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1	Prevalência da prática de mutilação genital feminina	25
5.2	Conseqüências da mutilação genital feminina	27
5.3	Preditores para a prática de mutilação genital feminina	31
5.4	Percepções e atitudes em relação à mutilação genital feminina	33
6	Considerações finais	36
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE A	45

1 INTRODUÇÃO

Saúde é um direito de todo ser humano e caracteriza-se como um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social e não unicamente pela ausência de doença, conforme define a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946).

A prática de qualquer tipo de violência contra um ser humano fere seu direito à saúde e, mais que isso, seu direito à vida, uma vez que as conseqüências desse ato vão muito além dos danos físicos, afetando também o estado emocional do indivíduo, causando danos potencialmente irreparáveis.

Em nível mundial, a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública. É considerada violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO 2006).

De acordo com o último Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002, em várias partes do mundo, a especificidade cultural e a tradição são usadas como justificativas para determinadas práticas sociais que perpetuam a violência. A opressão às mulheres é um dos exemplos mais citados.

Nesse contexto, insere-se a prática de mutilar a genitália feminina. Tal ato pode ser considerado uma violência de gênero, violando os direitos humanos contra a mulher e contra a criança, pois na maioria das vezes, sofre a mutilação ainda na infância, afetando sua integridade corporal e psíquica, caracterizando-se como um problema de Saúde Pública (WHO, 2008).

Nos países onde é praticada, a mutilação genital feminina (MGF) é considerada um pré-requisito para as jovens mulheres contraírem matrimônio. Sua prática é uma tradição baseada em critérios culturais e religiosos que fundamentam a crença de que os órgãos genitais femininos são 'impuros' ou 'sujos', e somente através da sua extirpação as mulheres ficam purificadas. Baseia-se também na idéia de que só o homem tem o direito de desfrutar do prazer sexual, dado este que reflete a desigualdade profundamente arraigada entre os sexos (MELEIGY, 2007; WHO, 2008; FORWARD, 2002).

A estimativa da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) é a de que entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres em todo o mundo tenham sido submetidas a estes processos e que, anualmente, três milhões de meninas corram o risco de sofrer uma mutilação genital. Embora predomine nas regiões Leste, Oeste e Nordeste da África, em alguns países na Ásia e Oriente Médio e em certas comunidades de imigrantes na América do Norte e Europa, há registros dessa prática por todo o mundo.

O ato de mutilar a genitália feminina é realizado por pessoas com diferentes papéis na sociedade, como anciãs, parteiras, enfermeiros, médicos e familiares da vítima. No Egito, por exemplo, apesar da lei proibindo a MGF, em torno de 75% das mutilações genitais femininas são realizadas por médicos e enfermeiras (MELEIGY, 2007).

Essa prática é discriminatória e extremamente perigosa, uma vez que, em muitos casos, não envolve quaisquer cuidados anti-sépticos na sua realização e muitas mulheres e/ou meninas morrem devido à infecção ou hemorragia.

A MGF causa danos irreparáveis na saúde das mulheres ao longo do seu ciclo vital, em particular na saúde sexual e reprodutiva. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), recém-nascidos cujas mães tenham sido submetidas a essa prática, sofrem de uma taxa de mortalidade neonatal superior quando comparados com recém-nascidos de mulheres que não foram submetidas a esse procedimento.

Se durante muito tempo o seu combate foi considerado uma intrusão em costumes tradicionais de outros povos, hoje este combate é assumido por organizações nacionais e internacionais e por governos que instituíram leis proibindo a prática (WHO, 2008).

Dentre tantas ações de combate à violência contra a mulher, destaca-se o trabalho desenvolvido por uma enfermeira especialista em Saúde Pública, vice-presidente da Rede Européia para a MGF e atual coordenadora nacional do desenvolvimento de planos de ação para prevenir e eliminar a mutilação genital feminina na União Européia, Comfort Momoh. Ela fundou a *African Well Women's Clinic* (Clínica do Bem-Estar da Mulher Africana) do hospital *Guy e St. Thomas* em Londres, que fornece cuidados de enfermagem, médico, apoio psicológico, informação e aconselhamento às mulheres vítimas desta prática (MOMOH, 2005).

A motivação por esse estudo surge da necessidade de ampliar a discussão sobre o engajamento dos enfermeiros frente a questões polêmicas, particularmente, frente à temática da violência de gênero que recai sobre a mulher e a criança, especificamente no que se refere à mutilação da genitália feminina, uma vez que a menina não tem a opção de escolha, ou seja, a prática da mutilação integra a cultura em que a mesma se insere; é uma obrigação cultural e religiosa da menina/mulher com a sociedade.

Embora esse fato não faça parte da realidade cultural do nosso país, não deve ser ignorado. A abordagem da mutilação genital feminina em algumas sociedades, em sua etapa contemporânea, nesta pesquisa compreenderá discussões conceituais que possibilitem ampliar o horizonte explicativo sobre este fenômeno. É um tema que enseja maiores estudos em termos de investigação científica, pois ter conhecimento sobre este problema oportuniza discuti-lo com mais propriedade, ampliando a visão de mundo do pesquisador, assim como poderá viabilizar que o profissional de saúde torne-se um agente de transformação social, possibilitando criar subsídios para auxiliar pessoas que enfrentem essa realidade na reabilitação de agravos. Além disso, pesquisas científicas são elementos fundamentais nesse contexto, já que fornecem informações essenciais para implementação de políticas e estratégias de intervenção.

2 OBJETIVO GERAL

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão integrativa sobre a mutilação genital feminina e investigar o que a produção científica evidencia sobre os fatores relacionados a essa prática.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Terminologia

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), durante os primeiros anos em que a prática da Mutilação Genital feminina foi discutida fora dos grupos praticantes, era geralmente identificada como “circuncisão feminina”. Entretanto, essa expressão pode gerar uma interpretação equivocada do ato, uma vez que faz um paralelismo com o termo “circuncisão masculina” (uma prática legalmente aceita e até benéfica).

O termo “mutilação” estabelece uma distinção lingüística clara da circuncisão masculina e enfatiza a gravidade e o dano causado pelo ato. A utilização dessa palavra reforça o fato de que essa prática constitui uma violação dos direitos das meninas e direitos das mulheres, facilitando, por conseguinte, a promoção nacional e internacional de iniciativas de apoio ao seu abandono. Assim, em 1991, a OMS recomendou a utilização dessa terminologia pelas Nações Unidas e, a partir do final da década de 90, as expressões: “corte da genitália feminina” e “mutilação genital feminina/corte (*female genital mutilation/cutting*)” foram ganhando peso (WHO, 2008).

Atualmente, o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF), a OMS, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e todos os organismos e agências das Nações Unidas concordaram em utilizar a designação única de “mutilação genital feminina”, na medida em que a mesma permite captar o significado do termo “mutilação” a um nível político e, ao mesmo tempo, não valorizar o trabalho das comunidades praticantes (OMS, 2008).

3.2 Definição

Mutilação genital feminina é toda a prática que envolva a remoção parcial ou total da genitália feminina, ou que provoque lesões na mesma por razões não médicas. É classificada em quatro tipos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008): **Tipo I**, clitoridectomia, também chamada de *sunna* por algumas comunidades

africanas e caracteriza-se pela remoção parcial ou total do clitóris e/ou prepúcio; **Tipo II**, excisão, é a remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios; **Tipo III**, infibulação (também conhecida como circuncisão faraônica), estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios (são costurados), com ou sem excisão do clitóris; e por fim, o **Tipo IV**, que são os atos não classificados, como punção, perfuração, incisão, escarificação e cauterização no órgão genital externo feminino por motivos não médicos.

O tipo de mutilação varia conforme a localidade e a cultura. De acordo com as estimativas, os tipos I e II são mais frequentes e constituem 80 a 85% das mutilações praticadas. A infibulação (tipo III) acontece em 15 a 20% dos casos (UNICEF, 2005).

A idade em que a prática é realizada também varia, desde logo após o nascimento até o momento após o parto do primeiro filho, dependendo da comunidade ou de cada família. A idade mais comum é entre quatro e dez anos (FORWARD, 2002) e de acordo com a OMS (WHO, 2008) cada vez mais, está-se realizando a prática em meninas com menor idade, inclusive em recém-nascidas com apenas quatro dias de vida.

A MGF normalmente é realizada em grupos, de irmãs ou vizinhas, e geralmente só é permitida a presença de mulheres durante o procedimento. A pessoa que pratica a mutilação, geralmente, é uma mulher mais velha e experiente, sem treinamento médico, como uma anciã, uma parteira ou uma curandeira tradicional (FORWARD, 2002).

Devido ao receio das conseqüências do ato, as famílias com melhores condições financeiras acabam procurando por profissionais da área da saúde para realizá-lo, o que é um reflexo das múltiplas campanhas que expõem os efeitos prejudiciais que a MGF causa na saúde das mulheres. No Egito e na Nigéria, por exemplo, mais de 50% das excisões são realizadas por profissionais da área da saúde (UNICEF, 2005).

Entretanto, a OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros, a Confederação Internacional das Parteiras e a Federação dos Ginecologistas e Obstetras declararam sua oposição à realização da prática por profissionais de saúde ou em estabelecimentos de saúde sob quaisquer circunstâncias (WHO, 2001a).

As mutilações, em sua maioria, são realizadas sem qualquer tipo de medida tanto anti-séptica, quanto anestésica. Somente em alguns poucos casos, se recorre a alguém com um pouco mais de conhecimentos para aplicar um anestésico (WHO, 2001b; FORWARD, 2002).

O procedimento, dura em torno de 15 a 20 minutos, dependendo da habilidade da pessoa que o realiza e da resistência imposta pela menina ou mulher. Geralmente, para efetuá-lo, são utilizados utensílios como faca, tesoura, lâmina de barbear, pedaço de vidro ou, inclusive, tampa de lata de alumínio. Além disso, quando a prática é realizada em mais de uma menina no mesmo ritual, não é raro que se utilize o mesmo instrumento para todas, sem limpá-lo (MEDICUS MUNDI, 2008).

Após o procedimento, se limpa a ferida com álcool, suco de limão, misturas de ervas, azeite de côco ou excrementos de vaca. Nos casos de infibulação em que se costuram os lábios, as pernas das meninas são amarradas posteriormente para facilitar a cicatrização (MEDICUS MUNDI, 2008).

Em um trecho da autobiografia *Infidel*, de Ayaan Hirsi Ali, a autora descreve, com riqueza de detalhes, o processo de mutilação, a infibulação, a que foi submetida aos cinco anos de idade:

“(...)Minha avó agarrou o meu tronco e duas outras mulheres abriram minhas pernas. O homem que provavelmente era um “circuncidador” itinerante tradicional do clã dos ferreiros, pegou a tesoura. Com a outra mão, segurou o lugar entre as minhas pernas e começou a puxá-lo e espreme-lo, como quando vovó ordenhava uma cabra... (...) Então o homem aproximou a tesoura e começou a cortar os meus pequenos lábios e o meu clitóris. Ouvei o barulho, feito o de um açougueiro ao tirar a gordura de um pedaço de carne. Uma dor aguda se espalhou no meu sexo, uma dor indescritível, e soltei um berro. Então veio a sutura, a agulha comprida, rombuda, a transpassar canhestramente os meus grandes lábios ensangüentados, os meus gritos desesperados de protesto(...) Devo ter adormecido, pois só muito mais tarde foi que me dei conta de que estava com as pernas amarradas. Era para me impedir de andar e facilitar a cicatrização(...)A dor aguda continuava e minhas pernas estavam cobertas de sangue(...)”

(HIRSI, 2007, pág. 59-60)

3.3 Onde Ocorre

A prática da MGF é comum em países da África (Benin, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chad, Costa do Marfim, Etiópia, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Congo, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sudão, Tanzânia, Togo, Uganda, Djibuti) e em alguns países do Oriente Médio (Egito, Omã, Iêmen e Emirados Árabes), além de ocorrer em comunidades de imigrantes em regiões da Ásia (Indonésia, Sri Lanka, Índia e Malásia), Pacífico (Austrália), Europa (Inglaterra, Holanda, Suécia, França e Itália) e América (Canadá e Estados Unidos) (OMS, 2008; UNICEF, 2005).

3.4 Origem e razões para a prática de mutilação genital feminina

A primeira menção histórica da MGF foi em 450 aC pelo historiador grego Heródoto. Outros notáveis que fizeram referência a ele foram Estrabão (25 aC), Soranus (138 dC) e Aécio (502-575 dC) (BARSTOW, 1999). Mas não se sabe ao certo onde e quando a prática de MGF teve início. Alguns autores sugerem que foi no Antigo Egito, na época dos faraós. Outros dizem que é um velho ritual de alguma tribo africana que chegou ao Egito por difusão. Há ainda quem levante a hipótese de a prática ter sido aplicada às mulheres negras à época do antigo mercado árabe de escravos ou de que ela tenha sido introduzida quando o Vale do Nilo foi invadido por tribos nômades cerca de 3.100 a.C. (FORWARD, 2002)

As razões que levam a ser realizada a MGF são muitas. Em algumas comunidades, a mutilação se realiza como parte de um rito cerimonial de passagem à idade adulta. As sociedades que a praticam são patriarcais, e o acesso das mulheres à terra e à segurança se dá, unicamente, através do matrimônio. Por esse motivo, a pressão social pela sua prática é tão intensa que as mulheres se sentem ameaçadas pelo rechaço se não seguirem a tradição, pois uma mulher não mutilada, não seria aceita como esposa. De acordo com a UNICEF, a MGF é frequentemente praticada

mesmo com consciência dos danos provocados nas meninas, uma vez que os supostos ganhos sociais são tidos como fator que se sobrepõe às desvantagens (UNICEF, 2005).

A análise de dados internacionais em saúde expõe a relação próxima entre a capacidade das mulheres exercerem controle sobre suas vidas e a convicção de que a mutilação deve ser extinta (WHO, 2008).

Uma gama de crenças também justifica a prática da mutilação para muitos povos africanos. De acordo com Medicus Mundi (2008), alguns grupos étnicos acreditam que o clitóris possa ferir o homem e inclusive matá-lo. Outros acreditam que o clitóris poderia crescer tanto a ponto de obstruir a entrada da vagina, logo, impedir a penetração masculina. Um grande grupo de etnias acredita que se o bebê ao nascer encostar no clitóris, morrerá. Os imames, um grupo étnico africano, acredita que a prática conserva a pureza das mulheres (HIRSI, 2007).

No entanto, é crença comum que a mutilação assegura e preserva a virgindade das meninas ou mulheres. Em algumas comunidades entende-se que reprime o desejo sexual, garantindo fidelidade conjugal e prevenindo comportamento sexual que seja considerado imoral (OMS, 2008). Também considera-se que a extirpação genital mantém as jovens dignas e purificadas.

Em diversas comunidades, a prática é justificada em nome da religião. Por exemplo, na Somália o procedimento se justifica em nome do islã (HIRSI, 2007), pois algumas comunidades religiosas crêem que a sua religião exige isso (WHO, 2008). No entanto, é importante ressaltar que a mutilação é realizada por muçulmanos, cristãos e judeus, e que não há nenhuma passagem em qualquer das escrituras, que transmita que a mutilação deva ser realizada. Os líderes religiosos que apóiam a prática tendem a considerá-la como um ato religioso e encaram o combate à eliminação como ameaça à cultura e à religião. Os que são contra, participam dos esforços para a eliminação da mutilação (WHO, 2008;UNICEF, 2005).

3.5 Consequências da mutilação genital feminina

De acordo com a OMS (2008), as complicações advindas de uma mutilação genital são inúmeras e podem ocorrer imediatamente à realização, a médio ou a longo-prazo.

Entre as complicações imediatas e a médio-prazo, pode-se citar a hemorragia, que é a complicação mais freqüente; a dor intensa; o choque, que pode estar relacionado à dor aguda, à hemorragia ou a ambas e ocasionar o óbito da menina; as infecções, incluindo o tétano e a septicemia; as lesões em estruturas próximas, como uretra, vagina e reto; e retenção urinária (WHO, 2008; FORWARD, 2002; MEDICUS MUNDI, 2008; BARSTOW, 1999). Inclusive, durante a realização de um dos estudos da amostra (KEITA; BLANKHART, 2001) uma menina de oito anos de idade morreu, a quinhentos metros do hospital, devido à hemorragia genital, após realizada a excisão por um médico tradicional.

As complicações a longo-prazo podem incluir a dor crônica; as infecções crônicas da bexiga e da vagina, principalmente na MGF do tipo III, pois a urina e o sangue menstrual ficam retidos no organismo, podendo causar infertilidade; cistos vesíco-vaginais ou reto-vaginais e quelóides na cicatriz; formação de fístulas; diminuição do prazer sexual e dor durante a relação; ademais, a menina ou mulher pode contrair hepatite ou HIV (WHO, 2001; WHO, 2008; FORWARD, 2002; MEDICUS MUNDI, 2008).

Além disso, a taxa de mortalidade de recém-nascidos de mães que sofreram a mutilação é superior à taxa de mortalidade de neonatos de mulheres que não passaram pelo procedimento (WHO, 2008); e também o risco de complicações durante o parto são significativamente maiores.

Dentre as sérias conseqüências, ainda se incluem os danos psicológicos, sexuais e sociais. A experiência da mutilação está associada a uma série de distúrbios mentais e psicossomáticos, como alterações do apetite e do sono, com pesadelos freqüentes, ataques de pânico e dificuldade de aprendizagem. Pode ocorrer a perda da

auto-estima, depressão, ansiedade crônica, fobias e até alterações psicóticas (MEDICUS MUNDI, 2008).

3.6 Movimentos para a erradicação da mutilação genital feminina

De acordo com a OMS (2008), a mutilação genital feminina viola uma série de princípios, normas e padrões de direitos humanos bem estabelecidos tais como os princípios da igualdade, e não discriminação com base no sexo, o direito à vida e também o direito de estar livre de tortura, punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante. Portanto, a alteração de um tecido genital saudável, sem necessidade médica, que pode gerar conseqüências graves na saúde física e mental da menina ou mulher, configura-se em uma violação ao direito da pessoa à saúde.

No entanto, durante muito tempo a MGF não foi considerada uma questão de direitos humanos. Isso se deve a diversos motivos: o fato de a prática ser promovida pelos pais ou familiares das meninas, que crêem que só trará benefícios para suas filhas; o fato de a violência se dar no lar ou na comunidade, sendo portanto um assunto privado – isso contribuiu para que o Estado não entendesse a MGF como uma de suas preocupações; e, sobretudo, a questão de ser uma prática ligada à tradição cultural. Esta última razão gerava o temor de que qualquer intervenção externa em nome dos direitos humanos fosse considerada um ato de imperialismo cultural (PIACENTINI, 2007).

Os direitos à participação na vida cultural e religiosa estão protegidos por legislação internacional. Contudo, o direito internacional estipula que a liberdade de manifestação religiosa ou de crenças possa estar sujeitas a limitações necessárias para proteger os direitos fundamentais e liberdades de outros. Desta forma, razões de índole social e cultural não podem ser evocadas em nome da MGF (Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos apud OMS, 2009)

Os instrumentos legais para a proteção dos direitos da criança reivindicam expressamente a abolição de práticas tradicionais que sejam prejudiciais para suas vidas e saúde. A Convenção sobre os Direitos da Criança, o Comitê dos Direitos da

Criança e os órgãos que controlam a aplicabilidade dos tratados referentes à preservação dos direitos humanos, destacam a prática da mutilação genital feminina como violação dos direitos humanos e apelam aos Estados para que tomem atitudes que visem sua abolição (WHO, 2008).

No que diz respeito aos aspectos jurídicos, no continente africano um importante passo foi dado após a publicação do Protocolo sobre os Direitos das Mulheres, em 11 de julho de 2003, que faz referência à necessidade de promover a dignidade, a igualdade e os direitos da mulher (AFRICA, 2003). De acordo com dados de 2008 do Comitê Interafricano, dos países africanos, 16 possuem legislação contra a mutilação genital feminina, não significando, porém, a erradicação da sua prática nas comunidades desses Estados (MEDICUS MUNDI, 2008).

A União Européia se manifestou em torno da problemática da mutilação, elaborando resoluções no Parlamento Europeu. Ela exige dos países uma modificação na legislação, condenando a quem venha a praticá-la e também se opõe aos argumentos a favor da prática da MGF sob controle médico pelos imigrantes. Além disso, propõe a elaboração de programas educativos e de conscientização que possam ser compreendidos pelas comunidades nas quais se realiza o procedimento (EUROPA, 2006).

A UNICEF está trabalhando com a OMS, com o UNFPA, com o Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos, com o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), com as principais ONGs, com doadores e com instituições acadêmicas para pôr fim à MGF. Acredita-se que, para findar com a prática, as nações devem abordar a mutilação genital, não só através da educação, mas também como parte de um trabalho de desenvolvimento global, econômico e social (UNICEF, 2004).

Para um efetivo combate, as atividades educativas devem ser sensíveis à cultura local e assuntos religiosos. Caso contrário, corre-se o risco da informação transmitida ser entendida como moralmente ofensiva, resultando em reações negativas das comunidades. A informação veiculada deverá ser baseada em fatos e evidências e, ao mesmo tempo, fundamentar-se nas percepções e conhecimentos locais (OMS, 2008).

4 METODOLOGIA

A seguir, está caracterizado o tipo de estudo realizado, a amostra estudada, a análise de dados e os aspectos éticos.

4.1 Tipo de Estudo

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa. Revisão integrativa é o tipo mais amplo de pesquisa de revisão, pois permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não-experimentais, combina dados de literatura empírica e teórica e incorpora uma grande gama de propósitos: definir conceitos, revisar teorias, revisar evidências e analisar questões metodológicas de um tema específico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

4.2 Amostra

A busca de artigos em língua inglesa foi realizada no Web of Knowledge, pois é a base de dados mais abrangente disponível. Os termos utilizados foram “Female circumcision” e “Female genital mutilation”. Foram utilizados estes dois termos porque a terminologia “circuncisão” foi sendo substituída, ao longo do tempo, pelo termo “mutilação”, de acordo com o explicado na revisão da literatura; assim, a busca tornou-se mais abrangente. A busca de artigos em português e espanhol foi realizada nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através dos descritores “circuncisão” AND “feminina” e “circuncision” AND “femenina” e ainda pelo mesmo motivo explicado anteriormente, “mutilação” AND “genital” AND “feminina” e “mutilación” AND “genital” AND “femenina”.

Foram critérios de inclusão:

- artigos originais, de métodos qualitativos e quantitativos;
- estudos de caso;

- artigos escritos em português, inglês e espanhol publicados desde 1997 à 2009, cujo tema fosse mutilação genital feminina. Foi escolhida a data de 1997 por ser o ano de emissão da Declaração Conjunta da OMS, UNICEF e UNFPA, que descreve as implicações da prática para a saúde pública e direitos humanos, e na qual declaram o apoio ao seu abandono.

Foram critérios de exclusão:

- textos não indexados nas bases de dados especificadas;
- artigos sem resumo disponível nas bases de dados em que estavam indexados;
- artigos publicados anteriormente ao ano de 1997;
- artigos que não abordaram o tema mutilação genital feminina;
- artigos que limitavam o tema a procedimentos cirúrgicos para correção de MGF;
- artigos escritos em idiomas que não sejam português, inglês ou espanhol.

4.3 Análise dos Dados

Todos os artigos encontrados na busca foram analisados e selecionados quanto ao conteúdo do título para, então, serem selecionados através da leitura dos resumos. Após preencherem os critérios de inclusão, os artigos foram avaliados na íntegra pela pesquisadora.

Os artigos foram categorizados e sintetizados através de instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), contendo as seguintes informações:

- título;
- autores;
- periódico, volume, número, página, mês e ano;
- objetivos;
- método utilizado;
- evidências/teorias;
- observações da pesquisadora.

Posteriormente, os dados foram analisados, comparados e discutidos. A fase final foi uma reflexão crítica da pesquisadora face às informações encontradas.

4.4 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados serão referenciados no texto, juntamente com o ano de publicação da obra, como previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total da amostra foi de 34 artigos, conforme os critérios de inclusão estabelecidos neste estudo, sendo todos em língua inglesa. Destes, 33 foram obtidos através da base de dados *ISI Web of Knowledge* e um artigo através do *Scielo*. A busca realizada no *LILACS* não obteve resultado: dos 13 artigos localizados com os termos estabelecidos, apenas 2 se adequavam através do título, sendo descartados após a leitura dos resumos.

A seguir, a Figura 1 permite compreender como se deu a seleção dos artigos obtidos através do *ISI Web of Knowledge*.

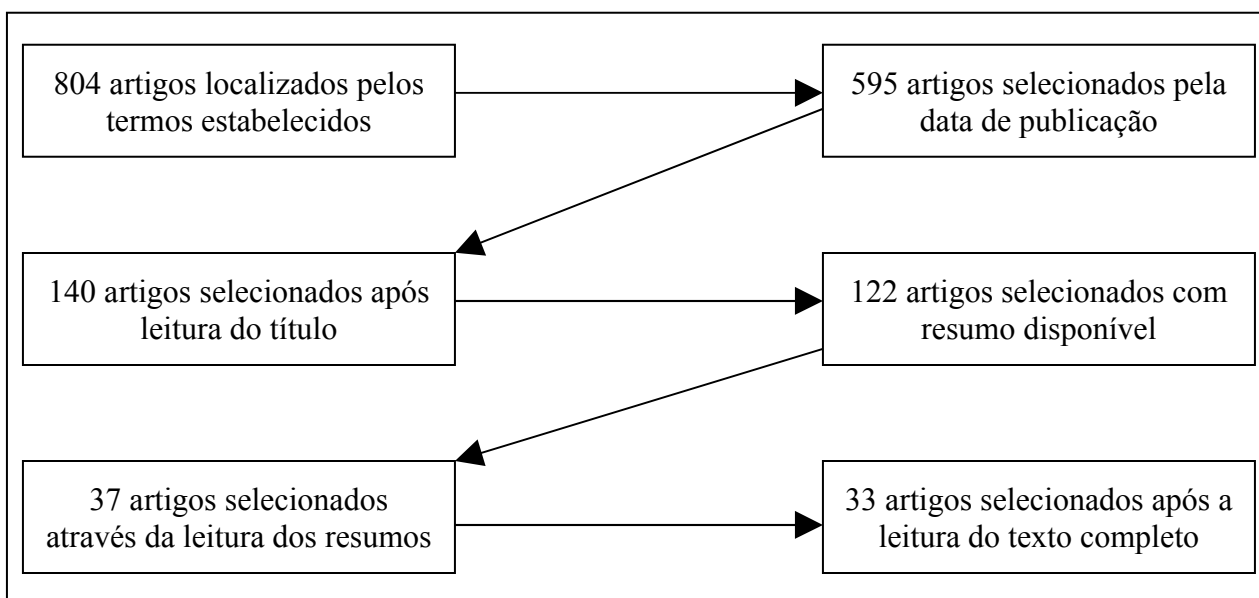


FIGURA 1: Seleção de artigos através do *ISI Web of Knowledge*.

No *Scielo*, foram localizados quatro artigos, resultando na seleção de um, pois dos demais, um não se tratava do tema deste estudo, outro já constava na amostra obtida através do *ISI Web of Knowledge*, e o último fazia uma análise de narrativas árabes-islâmicas, tratando de noções de corporalidade, não se adequando, portanto, à proposta deste trabalho.

Na presente revisão integrativa analisou-se 34 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e que serão apresentados mais detalhadamente nos Quadros a seguir. Dos 34 artigos, todos de pesquisas transversais, vinte e seis caracterizaram-se como estudos quantitativos e oito como qualitativos.

Autor	Ano	Tipo de estudo	Objetivos
Sharifa; Rouzi	2010	Quantitativo	Comparar a função sexual em mulheres que sofreram mutilação com mulheres que não sofreram
Simister	2010	Quantitativo	Investigar a violência doméstica contra a mulher, incluindo a definição de "violência doméstica"; e investigar MGF
Kaplan; Toran; Moreno	2009	Quantitativo	Analisar as percepções, graus de conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de atenção primária à saúde em relação à MGF
Wuest <i>et al</i>	2009	Quantitativo	Determinar anseios e desejos das pacientes grávidas perante sua anatomia genital externa no contexto do cuidado antenatal e determinar se mulheres que sofreram MGF têm resultados materno-fetais diferentes das que não sofreram
Mitike; Deressa	2009	Quantitativo	Determinar a prevalência e os fatores associados à MGF no leste da Etiópia
Masho; Matthews	2009	Quantitativo	Analisar os fatores que influenciam as opiniões das mulheres sobre se devem continuar com a MGF na Etiópia
Khaja <i>et al</i>	2009	Qualitativo	Compreender as experiências das mulheres e seu ponto de vista sobre a MGF
Lundberg; Gerezgiher	2008	Qualitativo	Explorar, durante a gravidez o parto e o puerpério, as experiências das mulheres imigrantes da Eritreia que sofreram MGF
Litorp; Franck; Almroth	2008	Quantitativo	Explorar conhecimento, atitudes e prática da MGF, entre as mulheres de origem onde a MGF é costume, que fizeram pré-natal e aconselhamento contraceptivo na Suécia
Tag-Eldin	2008	Quantitativo	Avaliar a prevalência de MGF entre alunas no Egito
Gray	2008	Qualitativo	Abordar o tema MGF, através de entrevistas, com mulheres sudanesas
Frey Meyer; Johnson	2007	Quantitativo	Analisar os fatores que influenciam as atitudes em direção à MGF
Elmusharof; Elkhidir; Hoffmann	2006	Quantitativo	Avaliar se o grau de mutilação influencia o risco de adquirir Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)
Who study group	2006	Quantitativo	Analisar o efeito dos diferentes tipos de MGF no resultado obstétrico
Gage; Rossem	2006	Quantitativo	Investigar correlatos socioeconômicos e as diferenças de gênero em atitudes de apoio para a suspensão da MGF na Guiné
Behrendt; Moritz	2005	Qualitativo	Investigar o estado de saúde mental das mulheres com MGF

Klouman; Manongi; Klepp	2005	Quantitativo	Determinar a prevalência e o tipo de MGF em uma aldeia rural, os fatores demográficos associados e a associação com maior risco de contaminação por HIV, DSTs e infertilidade
Almroth <i>et al</i>	2005	Quantitativo	Testar a hipótese de que a MGF provoca infecções com conseqüente infertilidade primária
Chen; Dharia; Steinkam	2004	Qualitativo	Relatar o caso de infertilidade secundária à MGF e rever a literatura médica que aborda a gerência cirúrgica da MGF em pacientes inférteis
Awang; Viegas	2004	Qualitativo	Relatar o caso de adolescente que procura o hospital por dificuldade miccional e infecções de repetição no trato urinário
Nwajei; Otiono	2003	Quantitativo	Saber o grau de aceitação da circuncisão entre os estudantes do sexo feminino em uma universidade em Abraka na Nigéria
Thabet	2003	Quantitativo	Verificar os efeitos da circuncisão na sexualidade feminina
Herieka; Dhar	2003	Quantitativo	Avaliar os conhecimentos, atitudes e percepções desta prática entre os estudantes universitários e comparar as diferenças das respostas segundo o gênero
Okonofua <i>et al</i>	2003	Quantitativo	Examinar a associação entre a MGF e a frequência de sintomas sexuais e ginecológicos em mulheres circuncisadas e não circuncisadas
Snow <i>et al</i>	2002	Quantitativo	Estudar a prevalência, determinantes sociais e validade do auto-relato para MGF entre 1709 mulheres
Essén <i>et al</i>	2002	Quantitativo	Investigar a associação entre MGF e morte perinatal
Msuya <i>et al</i>	2002	Quantitativo	Estudar a prevalência, tipo, correlação social e atitudes em relação à MGF entre as mulheres urbanas de Kilimanjaro e examinar a associação entre MGF e problemas ginecológicas, infecções no trato reprodutivo e infecção por HIV
Larsen; Okonofua	2002	Quantitativo	Analisar se as complicações no parto estão associadas com a circuncisão feminina
Morison <i>et al</i>	2001	Quantitativo	Examinar a associação entre as práticas tradicionais de MGF com morbidades em mulheres adultas reprodutivas na Gâmbia rural
Rouzi <i>et al</i>	2001	Quantitativo	Documentar a ocorrência de seqüelas a longo prazo após o tipo I de MGF
Almroth <i>et al</i>	2001	Qualitativo	Investigar complicações masculinas devido à MGF, avaliar o conhecimento sobre essa prática e questionar se escolheria que sua filha fosse circuncisada
Keita; Blankhart	2001	Qualitativo	Identificar os principais fatores que motivam a comunidade para a prática de MGF
Momoh <i>et al</i>	2001	Quantitativo	Analisar as fontes e razões para o encaminhamento de mulheres que foram submetidas à MGF a uma clínica especializada em Londres e determinar as conseqüências dessa prática
Allam <i>et al</i>	2001	Quantitativo	Determinar se o ensino universitário oferece mais conhecimentos sobre MGF, se os torna mais propensos a ser contra ou a favor dessa prática e também determinar suas fontes de informação sobre a mesma e suas opiniões sobre sua supressão

Quadro 1 – Tipos de pesquisa e objetivos dos artigos incluídos na amostra

Os 34 artigos selecionados foram analisados e classificados nas seguintes categorias, de acordo com os resultados encontrados: prevalência da prática de MGF, conseqüências da MGF, preditores para a prática de MGF e percepções e atitudes em relação à MGF.

5.1 Prevalência da prática de mutilação genital feminina

No Quadro 2 visualizam-se as amostras e os achados dos artigos que foram classificados nessa categoria.

De um modo geral, as pesquisas evidenciam um declínio na prevalência da prática nas últimas gerações. Nesse sentido, os achados dos artigos selecionados nesse estudo vão ao encontro dos dados do último relatório estatístico da UNICEF (2005), os quais apontam as diferenças entre o percentual de mulheres com 15 a 49 anos que sofreram MGF e a porcentagem significativamente menor de mulheres com 15 a 49 anos cujas filhas tenham sofrido MGF, indicando uma diminuição da prática.

Reforçando essa informação, Mitike e Deressa (2009), Snow *et. al* (2002) e Msuya *et. al* (2002) encontraram uma associação positiva entre a prevalência de MGF e idade elevada. O que foi parcialmente evidenciado pelo estudo de WHO Study Group (2006), o qual encontrou apenas prevalência maior entre as mulheres com 20 a 34 anos, ao compará-las com as que tinham menos de 20 anos, e encontrando menor prevalência entre mulheres com mais de 35 anos. Nesse caso, é importante levar em consideração outros aspectos que influenciam significativamente para a realização da prática de MGF, como por exemplo, a etnia. Em algumas etnias, a mutilação não é praticada e, em outras, só realiza-se o tipo I, por exemplo. No estudo em questão, as mulheres eram de diferentes países, sendo que em cada país há diversidade de etnias, o que pode ser uma explicação para a prevalência ter sido menor nas mulheres que tinham mais idade.

A etnia é a variável sócio-econômica que tem maior influência sobre a distribuição da MGF em um país. Morison *et.al* (2001) encontrou alta associação entre o grupo étnico e a prática de MGF. Existe também uma considerável variação na prevalência, por tipo de mutilação, conforme a etnia. De acordo com os estudos, os

cortes do tipo I (clitoridectomia) e II são os mais realizados. Apenas no artigo de Comfort Momoh (MOMOH *et al*, 2001) a mutilação do tipo III foi a mais prevalente entre a amostra avaliada.

É importante salientar que a prevalência varia conforme a forma de avaliá-la e a amostra da pesquisa. Estudos com uma amostra pequena ou muito específica não necessariamente traduzem a realidade de uma região em sua totalidade.

Referência	Amostra	Achados
Mitike; Deressa (2009)	288 meninas refugiadas no leste da Etiópia	42,4% das meninas sofreram MGF. 64% das MGF foram do tipo I e 36% do tipo III. Idade e prevalência foram diretamente proporcionais
Masho; Matthews (2009)	11375 mulheres que responderam o inquérito demográfico e de saúde na Etiópia em 2005	82,5% das mulheres sofreram MGF. 6,8% das mulheres sofreram MGF do tipo III
Tag-Eldin <i>et al</i> (2008)	38816 estudantes do Egito	Prevalência de MGF em 50,3% das estudantes
Litorp; Franck; Almroth (2008)	40 imigrantes africanas que fizeram acompanhamento pré-natal e contraceptivo na Suécia	37 imigrantes (92%) haviam sofrido MGF
Frey Meyer; Johnson (2007)	8199 mulheres que responderam o inquérito demográfico e de saúde na Nigéria em 1999.	32% das mulheres haviam sofrido MGF
WHO study group (2006)	28393 mulheres que foram atendidas em 28 C.O. (de Burkina Faso, Gana, Quênia, Nigéria, Senegal e Sudão) entre Nov. de 2001 e mar. de 2003	75% das mulheres sofreram algum tipo de mutilação. 24% sofreram o tipo I, 27% o tipo II e 23% o tipo III.
Gage; Rossem (2006)	6364 mulheres da Guine	9 em cada 10 mulheres haviam sofrido MGF
Klouman; Manongi; Klepp (2005)	1678 mulheres com HIV que vivem na Tanzânia rural	84,2% das mulheres sofreram MGF. Os tipos I e II foram os mais comuns
Nwajei; Otiono (2003)	5000 estudantes da Delta State University em Abraka na Nigéria	30% eram circuncisadas
Snow <i>et al</i> (2002)	1709 mulheres da região urbana e peri-urbana da Nigéria	45,9% sofreram MGF. 36,2% das mutilações eram do tipo I, 11,5% do tipo II e 1,9% do tipo III ou IV
Msuya <i>et al</i> (2002)	379 mulheres urbanas que procuraram atenção primária em saúde nas 3 maiores clínicas de Kilimanjaro entre set. e dez. de 1999	16,6% tinham sofrido MGF. MGF do tipo I foi a mais prevalente
Larsen; Okonofua (2002)	1861 mulheres, com 15 a 49 anos, atendidas em três grandes hospitais do sudoeste da Nigéria	45% das mulheres sofreram MGF
Morison <i>et al</i> (2001)	1348 mulheres em idade reprodutiva na Gâmbia rural	58% das mulheres sofreram MGF. A maioria do tipo I e II

Momoh et al (2001)	108 mulheres circuncisadas que procuram a clínica especializada em Londres	81,75% das mulheres tinham sofrido o tipo III de MGF
--------------------	--	--

Quadro 2 – Prevalência das MGF segundo os artigos incluídos na amostra

Nota: C.O. = Centro obstétrico

5.2 Consequências da mutilação genital feminina

Dezesseis dos artigos da amostra foram classificados nessa categoria. Quanto ao delineamento, 11 deles foram pesquisas quantitativas e 5 qualitativas (sendo duas, relatos de caso). Os estudos confirmam o fato de que as potenciais consequências para a saúde devido à mutilação genital feminina são variadas, podem ser graves e ocorrer imediatamente após sua realização ou ainda a longo prazo. O Quadro 3 resume os achados dessas pesquisas.

Referência	Delineamento do estudo	Achados
Almroth <i>et al</i> (2005)	Quantitativo	Infertilidade primária relacionada à MGF
Rouzi <i>et al</i> (2001)	Quantitativo	Cisto na vulva, disúria e dispareunia
Okonofua <i>et al</i> (2003)	Quantitativo	Infecções do trato reprodutivo
Thabet (2003)	Quantitativo	Afeta a sexualidade
Wuest <i>et al</i> (2009)	Quantitativo	Pacientes que sofreram MGF tiveram uma frequência significativamente maior de cesárea de urgência
Sharifa <i>et al</i> (2010)	Quantitativo	A MGF altera negativamente a função sexual das mulheres
Klouman; Manongi; Klepp (2005)	Quantitativo	Associação positiva de vaginose bacteriana com MGF. O risco de infecção pelo HIV não foi maior em mulheres que sofreram MGF
Larsen; Okonofua (2002)	Quantitativo	Mulheres que sofreram MGF tiveram maior risco de ter natimorto
Morison <i>et al</i> (2001)	Quantitativo	Maior prevalência de vaginose bacteriana e herpes simples em mulheres que sofreram MGF
Momoh <i>et al</i> (2001)	Quantitativo	Complicações agudas: dor severa após o procedimento, septicemia, disúria e abscessos; complicações crônicas: dismenorréia, infecções recorrentes no trato urinário e cistos
Who study group (2006)	Quantitativo	Mulheres que sofreram MGF tiveram maior risco relativo de cesárea, hemorragia pós-parto, internação materna prolongada, ressuscitação neonatal, morte fetal ou neonatal e de ter recém-nascido com baixo peso
Litorp; Franck; Almroth (2008)	Quantitativo	Mulheres que sofreram MGF tinham grandes danos em seus genitais e tiveram problemas nas relações sexuais e no parto

Behrendt; Moritz (2005)	Qualitativo	MGF pode causar distúrbios emocionais, transtornos psiquiátricos e transtorno de memória e estresse pós-traumático (PTSD)
Almroth <i>et al</i> (2001)	Qualitativo	Complicações masculinas relacionadas à MGF
Lundberg; Gereziher (2008)	Qualitativo	Dispareunia, difícil penetração, infecção e hemorragia no pós-parto e incontinência urinária em mulheres que sofreram MGF
Chen; Dharia; Steinkam (2004)	Qualitativo - -Relato de caso	Dispareunia, infertilidade e incapacidade de tolerar o coito em mulher que sofreu MGF aos 8 anos de idade
Awang; Viegas (2004)	Qualitativo - -Relato de caso	Dor abdominal, disúria e infecção de repetição no trato urinário em menina de 16 anos que sofreu MGF aos 3 meses de idade

Quadro 3 – Conseqüências da MGF segundo os artigos incluídos na amostra

Três estudos do tipo quantitativo (Msuya *et al*, 2002; Essén *et al*, 2002 e Elmusharof *et al*, 2006) não fizeram parte dessa amostra, pois não encontraram associação entre a mutilação genital feminina com qualquer complicação. Na pesquisa de Msuya *et al* (2002), infecções no trato reprodutivo, infertilidade e infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST) foram igualmente prevalentes entre as mulheres que sofreram MGF e as que não sofreram. Elmusharof *et al* (2006) em seu estudo também não encontraram associação entre maior risco de infecção por DST com MGF. Nos dois casos, as amostras de 379 mulheres de Msuya *et al* e de 222 de Elmusharof *et al* podem ser colocadas como uma limitação dos estudos. Além disso, esse último autor apenas avaliou sorologias positivas para neisseria gonorrhoeae, chlamydia trachomatis e treponema pallidum, não incluindo na análise outros tipos de DST.

Em contraponto, Klouman; Manongi e Klepp (2005) e Morison *et al* (2001), com amostras significativamente maiores, de 1678 e 1348 mulheres respectivamente, encontraram uma associação positiva entre vaginose bacteriana e MGF. Morison *et al*, além desse achado, encontrou uma prevalência significativamente maior de herpes simples em mulheres que sofreram MGF.

No estudo de Klouman; Manongi e Klepp (2005), não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre mulheres circuncisadas e não circuncisadas com relação à infertilidade ou em ter um maior risco de infecção pelo HIV, corroborando o achado de Msuya *et al* (2002).

Não obstante, Almroth *et. al* (2005) encontraram associação positiva entre infertilidade primária e as mais graves formas de MGF, que envolvem os grandes lábios.

Com esses achados não se pode afirmar que as evidências são de que a MGF esteja associada com infertilidade ou maior risco de contaminação por DST, já que os artigos não foram concordantes entre si.

Dispareunia, disúria, dismenorréia e infecções no trato urinário e reprodutivo foram as complicações mais comuns encontradas nos estudos, bem como complicações no parto e pós-parto. Lógico, que o tipo de mutilação deve ser levado em consideração ao analisar as possíveis conseqüências. Quanto mais extenso for o corte da MGF, mais severas são as complicações. No estudo de Momoh *et al* (2001), por exemplo, com uma amostra de 108 mulheres, 81,75% delas haviam sofrido o tipo III de mutilação e 86% dessas relataram pelo menos uma complicação aguda e uma crônica decorrentes da MGF. Nenhuma dessas mulheres optou pela reinfibulação após o parto, o que se permite acreditar que talvez não se submetessem à mutilação genital se lhes fosse concedida escolha.

Dois estudos, Thabet (2003) e Sharifa *et al* (2010) obtiveram em seus resultados considerável alteração negativa na sexualidade de mulheres circuncisadas. No estudo de Thabet (2003), o desejo sexual, a excitação e o orgasmo foram especialmente afetados nessas mulheres. Sharifa *et al* (2010) encontrou alteração nos quesitos excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação.

Behrendt e Moritz (2005) investigaram o estado de saúde mental das mulheres que foram submetidas à MGF no Senegal. Todas as participantes da pesquisa, exceto uma, lembraram-se do dia da circuncisão como extremamente chocante e traumatizante. Mais de 90% dessas mulheres descreveram sentimentos de intenso medo, desespero, horror e dor e 78% delas afirmaram que o procedimento ocorreu de forma inesperada e sem explicação prévia. Os resultados desse estudo indicaram que a MGF pode causar vários distúrbios emocionais, transtornos psiquiátricos e especialmente transtorno de memória e estresse pós-traumático (PTSD). Sendo que a alta taxa de PTSD nesse grupo é comparável à taxa de PTSD decorrentes de abuso na infância (que varia de 30% a 50%).

Apesar desses resultados reforçarem o impacto negativo da MGF para a saúde mental das mulheres, é necessária precaução na interpretação dos mesmos devido ao pequeno tamanho da amostra (23 mulheres). Para definitivas conclusões, fazem-se necessárias mais pesquisas sobre o impacto da prática de mutilação genital na saúde mental das mulheres, pois de toda a amostra deste estudo, apenas essa pesquisa abordou esse aspecto.

Um único estudo evidenciou complicações masculinas relacionadas à MGF. Dificuldade na penetração, ferimento no pênis e medo de machucar as esposas foram os problemas relatados por dois em cada três homens casados com mulheres que foram submetidas à mutilação (ALMROTH *et al*, 2001). Essa foi uma pesquisa qualitativa que utilizou formulário aberto. Entrevistas feitas com esse tipo de roteiro possibilitam respostas mais fiéis e representativas do inquirido. Sendo assim, a possibilidade de indução na resposta do entrevistado fica praticamente nula, dando uma credibilidade maior à pesquisa, uma vez que a maioria dos entrevistados relatou tais complicações.

Por fim, dois estudos da amostra são relatos de caso. Esse tipo de pesquisa qualitativa retrata a realidade de forma completa e profunda na qual o pesquisador enfatiza a complexidade da situação procurando revelar a multiplicidade de fatos que a envolvem e a determinam (YIN, 2010). No entanto é importante salientar que, de acordo com os críticos, o estudo de caso fornece pouca base para generalizações.

Chen, Dharia e Steinkam (2004) relataram o caso de uma mulher sudanesa infértil com 31 anos que sofreu o tipo III de mutilação genital aos 8 anos de idade. Ela queixava-se de dispareunia e imensa dor ao exame com espéculo. À pedido, foi realizada cirurgia reparadora. Awang e Viegas (2004) estudaram o caso de uma adolescente de 16 anos que sofreu MGF aos três meses de idade. Ela procurou o hospital devido à dor abdominal, disúria e infecção de repetição no trato urinário. Ao exame, foi verificado que o abdômen estava distendido devido ao tamanho aumentado da bexiga e que o meato uretral não era visível, sendo que a menstruação e a urina saiam pelo mesmo micro-orifício. Foi realizada cirurgia para separar os lábios e após quatro semanas de pós-operatório ela não sofria mais com as dores nem com a disúria.

Esse relato é importante, pois mostra que, mesmo depois de tantos anos, complicações podem surgir decorrentes da circuncisão, indo ao encontro do estudo de Rouzi *et al* (2001) que documenta a ocorrência de seqüelas a longo prazo (cistos na vulva, disúria e dispareunia) decorrentes da MGF.

5.3 Preditores para a prática de mutilação genital feminina

Alguns fatores fazem com que persista a prática de mutilar a genitália feminina. Dos artigos da amostra, 12 pesquisaram sobre os preditores para MGF, três deles de pesquisa qualitativa e nove de quantitativa. O Quadro 4 resume os resultados encontrados. As conclusões foram de que aumentam as chances de a prática ser realizada: religião (8); tradição e cultura (7); ter um baixo nível de escolaridade (6); ser de determinada etnia (3); idade elevada (2); ser residente rural (1) e não ter sido exposto a meios de comunicação em massa (1).

Referência	Delineamento	Preditores
Lundberg; Gereziher	Qualitativa	Tradição e cultura
Keita; Blankhart	Qualitativa	Tradição e cultura; religião
Almroth et al	Qualitativa	Religião; tradição e cultura
Litorp; Franck; Almroth	Quantitativa	Religião
Klouman; Manongi; Klepp	Quantitativa	Etnia; religião; baixo nível de escolaridade
Herieka; Dhar	Quantitativa	Religião; tradição e cultura
Frey Meyer; Johnson	Quantitativa	Tradição e cultura; idade elevada
Msuya et al	Quantitativa	Baixo nível de escolaridade; tradição e cultura e religião
Nwajei; Otiono	Quantitativa	Baixo nível de escolaridade
Snow <i>et al</i>	Quantitativa	Etnia; idade; religião e baixo nível de escolaridade
Simister	Quantitativa	Baixo nível de escolaridade; etnia; tradição e cultura
Masho; Matthews	Quantitativa	Residência rural; religião; baixo nível de escolaridade e não ter sido exposto a meios de comunicação em massa

Quadro 4 – Preditores para MGF

Através dos resultados dos estudos, percebe-se que a religião, tradição e cultura e o baixo nível de escolaridade foram os mais fortes preditores para a prática de mutilação.

Sete dos estudos encontraram que pessoas de religião muçulmana são mais propensas a apoiar a prática (MSUYA *et al*, 2002; LITORP; FRANCK; ALMROTH, 2008; HERIEKA; DHAR, 2003; MASHO; MATTHEWS 2009; KLOUMAN, MANONGI; KLEPP, 2005; KEITA; BLANKHART, 2001; SNOW *et al*, 2002). Snow *et al* (2002) ainda encontraram uma elevada prevalência entre os seguidores da igreja evangélica. Na pesquisa de Masho e Matthews (2009), muçulmanas tiveram duas vezes mais chance de serem a favor da continuação da MGF ao comparadas com as cristãs. No estudo de Herieka e Dhar (2003), os únicos cinco participantes cristãos eram contra o procedimento.

Nessas pesquisas, os entrevistados, ao serem inquiridos sobre as razões que os faziam ser favoráveis à prática, responderam, em sua grande maioria, que era preconizado pela religião. Esse pensamento é equivocado, pois não há embasamento para tal ato nem no Alcorão, tampouco na Bíblia. Alguns líderes religiosos, favoráveis à mutilação genital, aproveitam-se da credibilidade e respeito que sua figura representa e justificam como obrigação religiosa a realização da prática (WHO, 2008; UNICEF, 2005). No estudo de Litorp, Franck e Almroth (2008), 50% das mulheres muçulmanas disseram que sofreram MGF devido à justificativa religiosa.

A tradição e os valores culturais são outros fatores que também têm uma influência muito forte sobre o pensamento dos africanos com relação à MGF. Atrela-se a isso o fator etnia, pois as crenças e tradições variam de acordo com o grupo étnico.

Culturalmente, a circuncisão é uma tentativa dos pais de evitar a promiscuidade e conseguir casamento para a filha, pois acreditam ser importante e benéfico (SIMISTER, 2010). Freymeyer e Johnson (2007) também obtiveram resultado parecido: os dados obtidos sugerem que a MGF acontece por convenção social devido à sua necessidade ao casamento. No estudo qualitativo de Keita e Blankhart (2001), foi consensual que fazer o procedimento diminui a possibilidade de chacotas na sociedade, e mais de 80% dos entrevistados disseram que a MGF é aceitável porque assim a mulher é purificada. E ainda, 70% das participantes do sexo feminino

afirmaram ser contra a sua abolição, dizendo que a tradição deve ser respeitada. Outras mulheres também acreditam que a prática deve continuar porque previne a promiscuidade (MSUYA *et al*, 2002). Em outro estudo, a maioria das mulheres que foram submetidas à prática disse que ela foi necessária, pois não queriam ser diferentes das outras mulheres de sua convivência (LUNDBERG; GEREZGIHER, 2008).

Na pesquisa de Herieka e Dhar (2003), esse argumento tradicional de que as mulheres circuncisadas são mais propensas a se casar é refutado: 74,8% dos universitários entrevistados disseram preferir esposas que não sofreram MGF e a prática é vista como um estorvo ao casamento, ao invés de um trunfo. Almroth *et al* (2001) também obtiveram resultado semelhante: 55% dos jovens prefeririam casar com mulher que não sofrera MGF. Pertinente salientar que esses dois estudos refletem a visão de uma população mais jovem que possui um maior nível de escolaridade.

O nível escolar está associado à maior propensão ou não a realizar a mutilação. Os estudos evidenciam que quanto maior for o nível de escolaridade, menor é a chance de ocorrer a MGF (NWAJEI; OTIONO, 2003; MASHO; MATTHEWS 2009; KLOUMAN, MANONGI; KLEPP, 2005; SNOW *et al*, 2002; SIMISTER, 2010). Em pesquisa realizada na Tanzânia também foi encontrada uma redução na prevalência de atitudes favoráveis à mutilação com o crescente nível educacional (MSUYA *et al*, 2002). Com isso, percebe-se que o acesso à informação possibilita maior conscientização das pessoas, na medida em que permite uma mudança de pensamento e atitudes. Utilizar essa ferramenta como um meio de divulgação dos aspectos relacionados e potenciais danos decorrentes da MGF, desenvolvendo educação em saúde, é uma alternativa muito promissora na luta para a eliminação dessa prática.

5.4 Percepções e atitudes em relação à mutilação genital feminina

Onze artigos da amostra estudaram sobre as percepções e atitudes em relação à MGF e podem ser visualizados no Quadro 5. Desses, seis constituem-se em pesquisa quantitativa e cinco em qualitativa.

Referência	Delineamento	Resultados
Gage; Rossem	Quantitativa	Atitudes de apoio à interrupção, foram prevalentes em homens
Simister	Quantitativa	MGF configura-se como uma forma de violência, na visão dos acadêmicos entrevistados; além disso, mantém as desigualdades de gênero associada a uma sociedade patriarcal
Allam <i>et al</i>	Quantitativa	72% dos universitários apoiaram a abolição da MGF. A maioria não a considerou importante para o casamento, acreditando que sua abolição seria uma melhoria para a sociedade
Mitike; Deressa	Quantitativa	Houve um apoio considerável para a continuação da prática, sobretudo entre as mulheres. Mais homens do que mulheres pensavam em intervenções anti-MGF
Msuya <i>et al</i>	Quantitativa	76% das mulheres circuncisadas disseram que não pretendem fazê-lo em suas filhas
Khaja <i>et al</i>	Qualitativa	A maioria das mulheres acreditava que sofreu MGF porque isso faz parte da cultura da Somália, tornando-as puras e castas
Lundberg; Gerezgiher	Qualitativa	86,7% das mulheres mencionaram ser contra a MGF e não querem que suas filhas passem por isso
Herieka; Dhar	Quantitativa	A maioria dos entrevistados tinha conhecimento sobre os problemas causados pela MGF; 74,8% dos homens preferiam mulheres não circuncisadas; a maioria dos inquiridos pensa que a prática deve ser abolida
Gray	Qualitativa	Meninos e meninas são socializados a acreditar que homens e mulheres são diferentes, sendo que a mulher possui uma condição de inferioridade
Almroth <i>et al</i>	Qualitativa	Os entrevistados acreditam que a MGF influencia negativamente a saúde da mulher e relatam corretamente as possíveis complicações decorrentes da prática
Keita; Blankhart	Qualitativa	70% das mulheres disseram ser contra a abolição, pois as tradições e a religião deveriam ser respeitadas

Quadro 5 – Percepções e atitudes em relação à MGF

Dois estudos obtiveram em seus resultados que mais homens do que mulheres apóiam a abolição da prática de mutilação genital (GAGE; ROSSEM, 2006) (MITIKE; DERESSA, 2009). Mitike e Deressa ainda encontraram que mais mulheres do que

homens tinham a intenção de deixar suas filhas sofrerem MGF, sendo que a justificativa das mulheres era a de conseguir casamento para a filha. Remeto-me aos estudos de Herieka e Dhar (2003) e Almroth et al (2001), abordados anteriormente, os quais mostraram que a maioria dos homens participantes das pesquisas preferia casar com mulheres não circuncisadas, para argumentar que talvez os homens não tenham tanta influência, para a continuidade da prática, quanto às mulheres. Elas acreditam ser necessário passar por esse procedimento para conseguir um marido para as filhas e a mesma não ser alvo de chacotas, quando na realidade, para os homens, isso seria dispensável.

Na tentativa de compreender as experiências e percepções das mulheres e seu ponto de vista sobre a mutilação, Khaja *et al* (2009) entrevistou dezessete mulheres circuncisadas que viviam nos Estados Unidos ou Canadá. A maioria acreditava que passou pela mutilação porque a mesma faz parte da cultura da Somália, e todas pensam que a prática deve ser abolida. O interessante nesse estudo foi a abordagem sobre a percepção dessas mulheres sobre o termo “mutilação genital feminina”. Essa expressão as irritava. “Não somos mulheres mutiladas”, afirmaram. Disseram que esse termo era degradante e insultante, implicando para os ocidentais considerá-los incivilizados. “Nós não somos criminosos”. Apesar de a mutilação ser um procedimento que causa extrema dor e sofrimento e, na maioria dos casos, ocorrer sem o consentimento da mulher, percebe-se que esse termo as agride e ofende. Mesmo sendo vítimas, elas se incomodam de como essa prática é vista pelo mundo.

Em apenas um dos estudos, a maioria das mulheres entrevistadas disseram ser contra a abolição da MGF (KEITA; BLANKHART, 2001). Nas outras pesquisas, a maioria dos inquiridos mostrou-se a favor da eliminação da prática e, de um modo geral, as mulheres não querem que suas filhas sofram a mutilação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em seus muitos e complexos significados culturais, MGF é uma tradição de longa data que se configura em uma identidade étnica e social entre os vários grupos. Para as mulheres não é apenas uma provação dolorosa, mas um meio de negociação social, a qual, para as sociedades, é um marcador de identidade coletiva, um símbolo de status no sentido mais amplo.

Por restringir o desenvolvimento de qualidades inerentes ao ser humano das quais deriva a dignidade humana, a MGF configura-se em ato de cunho degradante e desumano que acaba inibindo o incremento de condições existenciais mínimas para uma vida saudável, já que esta revisão integrativa pode constatar que a mutilação prejudica a saúde da mulher. Alguns aspectos, no entanto, referentes às conseqüências da MGF, como a questão da infertilidade e do risco elevado de contaminação por DST, merecem maiores investigações da comunidade científica para que se obtenha um resultado mais esclarecedor e definitivo.

Os achados deste estudo indicam que, embora não seja possível concluir que há uma queda global, a prevalência da prática de mutilação genital está declinando. Evidências de mudança podem ser obtidas comparando as taxas de prevalência da MGF conforme as idades das mulheres submetidas a ela. Mulheres mais jovens são menos propensas a terem sido circuncisadas do que as mulheres nos grupos etários mais velhos. Esses resultados são reforçados pelo fato de que o apoio ao abandono da prática é particularmente elevado entre as mulheres mais jovens.

Como a MGF é profundamente enraizada na estrutura cultural e social e, na maioria dos países, tem sido praticada há muito tempo, qualquer aumento na oposição

representa uma indicação significativa de mudança. Existem várias razões para os crescentes níveis de oposição. Um maior nível de escolaridade entre as mulheres, por exemplo, está intimamente associado com o aumento do desacordo com a mutilação.

Constatou-se que a mutilação genital é praticada devido a uma grande variedade de razões culturais. Para algumas comunidades, é relacionada com os ritos de passagem; para outras, purifica e torna digna a mulher; em outras ainda, por motivos relacionados à moralidade e sexualidade. Foi evidenciado que, apesar do conhecimento sobre as complicações decorrentes da prática, essas razões sobrepõem os danos. É importante ter claro que toda cultura contém práticas indispensáveis para sua existência, bem como práticas das quais se pode prescindir, sem que isso acarrete descaracterização.

Também foi possível constatar que a questão religiosa mostra-se outro preditor muito forte. A crença equivocada de que a mutilação genital é um dever para com a religião é existente em diversas comunidades. Para que se obtenha sucesso na erradicação da prática, é fundamental que esse aspecto seja levado em consideração na elaboração de estratégias.

Como comportamento social, as raízes dessa prática notavelmente derivam de um complexo conjunto de sistemas de crenças. Estratégias para erradicar a MGF devem ser baseadas na sensibilização e educação da comunidade. Analisar as percepções e atitudes, através de pesquisas e análise de dados dos inquéritos demográficos e de saúde dos países, é fundamental na concepção de intervenções programáticas que podem ajudar a mudar as crenças que perpetuam a prática.

Os programas devem ser adaptados e específicos para cada país, refletindo as variâncias étnicas e sócio-econômicas, uma vez que os estudos indicam que os níveis de prevalência diferem significativamente conforme a etnia e/ou país.

Analisando todos os aspectos, qualquer abordagem que tem como objetivo final a erradicação da mutilação genital feminina deve incorporar uma estratégia global que aborde a multiplicidade de fatores que a perpetuam. E para isso são fundamentais as pesquisas científicas.

Importante lembrar que, embora a prática de circuncisão feminina, não esteja no nosso contexto, frente a globalização, não é temática distante de nós. Assim sendo,

qualquer profissional da área da saúde pode se deparar com um processo desses em seu cotidiano, podendo ser um agente de transformação social se possuir subsídios que permitam sua atuação.

Esse estudo procurou, através da amostra de 34 artigos, criteriosamente analisados, identificar e compreender os diversos fatores associados à prática de mutilação genital feminina. Por fim, acredito que essa revisão integrativa atingiu o objetivo proposto, na medida em que trouxe e explanou os inúmeros aspectos relacionados à prática, através de evidências científicas, permitindo a reflexão, no meio acadêmico, sobre um tema polêmico, proporcionando aos estudantes a possibilidade de conhecer esse assunto, adquirindo subsídios para, instrumentalizados, enfrentarem a problemática.

REFERÊNCIAS

ÁFRICA. **Protocol To The African Charter On Human And Peoples' Rights On The Rights Of Women In Africa**. África, 2003. Disponível em: <http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html > Acesso em 23 nov. 2009.

ALLAM, M.F. *et al.* Factors associated with the condoning of female genital mutilation among university students. **Public Health**, v. 115, n. 5, p. 350 – 355, Sep 2001.

ALMROTH, L. *et al.* Male complications of female genital mutilation. **Social Science and Medicine**, v. 53, n. 11, p. 1455 – 1460, Dec 2001.

ALMROTH, L. *et al.* Primary Infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. **Lancet**, v. 366, n. 9483, p. 385-391, Jul 2005.

AWANG, N. A.; VIEGAS, C. Incomplete bladder emptying due to labial fusion in a pubertal girl: a delayed consequence of female circumcision. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 44, n. 4, p. 372 – 373, Aug 2004.

BARSTOW, D.G. Female genital mutilation: the penultimate gender abuse. **Child abuse and Neglect**, v. 23, n. 5, p. 501-510, May 1999.

BEHRENDT, A.; MORITZ, S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 5, p. 100-1002, May 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L9610.htm>. Acesso em 25 set. 2009.

CHEN, G.; DHARIA, S.; STEINKAM, M.P. Infertility from female circumcision. **Fertility and Sterility**, v. 81, n. 6, p. 1692-1694, Jun 2004.

COMITÉ INTERAFRICANO. África, 2008. Disponível em: <
http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html> Acesso em 23 nov. 2009.

ELMUSHAROF, S.; ELKHIDIR, I.; HOFFMANN, S. A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. **An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 113, n. 4, p. 469-474, Mar 2006.

ESSEN, B. *et al.* Is there an association between female circumcision and perinatal death? **Bulletin of World Health Organization**, v. 80, n. 8, Aug 2002.

EUROPA. **Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones.**

Parlamento Europeu, Europa, 2006. Disponível em:
www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0038+0+DOC+XML+V0//ES. Acesso em 25 nov. 2009.

FORWARD. Female Genital Mutilation Fact Sheet. Londres, 2002. Disponível em: <
<http://www.forwarduk.org.uk/key-issues/fgm>>. Acesso em 16 nov. 2009.

FREYMEYER, R.H.; JOHNSON, B. E. An exploration of attitudes toward female genital cutting in Nigeria. **Population Research and Policy Review**, v. 26, n. 1, p. 69-83, Feb 2007.

GAGE, A. J.; ROSSEN, R. V. Attitudes toward the discontinuation of female genital cutting among men and women in Guinea. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 92, n. 1, p. 92-96, Jan 2006.

GRAY, C. S. A case history based assessment of female genital mutilation in Sudan. **Evaluation and Program Planning**, v. 21, n. 4, p. 429-436, Nov 2008.

HERIEKA, E.; DHAR, J. Female Genital Mutilation in the Sudan: survey of the attitudes of Khartoum University students toward this practice. **Sexually Transmitted Infections**, v. 79, n. 3, p. 220-223, Jan 2003.

HIRSI, A.A. **Infie!**: a história de uma mulher que desafiou o islã. 1ª ed. editora Schwarcs. São Paulo – SP, 2007.

KAPLAN – MARCUSAN, A.; TORAN – MONSERAT, P.; MORENO – NAVARRO, J. Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. **BMC Health Services Research**, v. 9, n.11, Jan 2009.

KEITA, D.; BLANKHART, D. Community-based survey on female genital excision in Faranah district, Guinea. **Reproductive Health Matters**, v. 9, n. 18, p. 135-142, Nov 2001.

KHAJA, K. *et al.* Female genital cutting: African women speakout. **International Social Work**, v. 52, n.6, p. 727-741, 2009.

KLOUMAN, E.; MANONGI, R.; KLEPP, K. Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzânia: associated demographic factor, HIV and sexually transmitted infections. **Tropical Medicine and International Health**, v. 10, n. 1, p. 105-115, Jan 2005.

LARSEN, V.; OKONOFUA, F. E. Female circumcision and obstetric complications. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 77, n. 3, p. 255-265, Jun 2002.

LITORP, H.; FRANCK, M.; ALMROTH, L. Female genital mutilation antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 87, n. 7, p. 716-722, 2008.

LUNDBERG, P. C.; GEREZGIHER, B.M.S.C. Experiences from pregnancy and child birth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. **Midwiferes**, v. 24, n. 2, p. 214-225, Jun 2008.

MASHO, S. W.; MATTHEWS, L. Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 107, n. 3, p. 232-235, Dec 2009.

MEDICUS MUNDI ANDALUCÍA. **Mutilación Genital Femenina: más que un problema de salud**. Medicius Mundi Andalucía. Granada. 2008. Disponível em: <<http://www.luchamgf.org>>. Acesso em 15 nov. 2009.

MELEIGY, M. Egypt tightens ban on female genital mutilation after 12 year old girl dies. **British Medical Journal**, v.335, p. 15. 2007. Disponível em <<http://www.bmj.com/cgi/content/extract/335/7609/15-c>>. Acesso em 23 set. 2009.

MITIKE, G.; DERESSA, W. Prevalence and associated factors of female genital mutilation among somali refugges in earstern Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 9, n. 264, Jul 2009.

MOMOH, C; *et al.* Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic. **British Journal of Obstetrics and gynaecology**, v. 108, n. 2, p. 186-191, Feb 2001.

MOMOH, C. **Female Genital Mutilation**. London, UK. British Library, 2005. 184p.

MORISON, L.; *et al.* The long term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community – based survey. **Tropical Medicine and International health**, v. 6, n. 8, p. 643-653, Dec 2001.

MSUYA, S. E; *et al.* Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzânia: changing attitudes? **Tropical Medicine and International Health**, v. 7, n. 2, p. 159-165, Mar 2002.

NWAJEI, S.D.; OTIONO, A.I. Female genital mutilation: implications for female sexuality. **Womens Studies International Forum**, v. 26, n. 6, p. 575-580, Nov 2003.

OKONOFUA, F. E.; *et al.* The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edostate, Nigéria. **An International Journal of Obstetrics e Gynaecology**, v. 109, n. 10, p. 1089-1096, Dec 2003.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. *Basic Documents*. Genebra: OMS, 1946. Disponível em <http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf>. Acesso em 28 set 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on violence and health**. Genebra, Suíça. 2002. Disponível em: <
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
 > Acesso em 28 set 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação da Mutilação Genital Feminina**: Declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Genebra, Suíça. 2008. Disponível em: <
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_por.pdf . Acesso em 15 set. 2009.

PIACENTINI, D. Q. **Direitos Humanos e Interculturalismo: análise da prática cultural da mutilação genital feminina**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

ROUZI, A. A. *et al.* Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 185, n. 3, p. 569-571, Sep 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006 . Disponível em <
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 22 set. 2009.

SHARIFA, A. A. M. B.; ROUZI, A. A. Sexual function in women with female genital mutilation. **Fertility and Sterility**, v. 93, n. 3, p. 722-724, Feb 2010

SIMISTER, J. G. Domestic violence and female genital mutilation in Kenia: Effects of ethnicity and education. **Journal and Family Violence**, v. 25, n. 3, p. 247-257, Apr 2010.

SNOW, R. C. *et al.* Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria self-reported validity, social determinants and secular decline. **Tropical Medicine and International Health**, v. 7, n. 1, p. 91-100, Jan 2002.

TAG-ELDIN, M. A. *et al.* Prevalence of female genital cutting among Egyptian girls. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 4, p. 269-274, Apr 2008.

THABET, S. M. A. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the

possible management. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 29, n. 1, p. 12-19, Feb 2003.

UNICEF. **UNICEF urges end to female genital mutilation and cutting**. 2004. Disponível em: < http://www.unicef.org/media/media_19140.html>. Acesso em 23. nov. 2009.

UNICEF. **Female Genital Mutilation/cutting**. A statistical exploration. Nova York, EUA. 2005. Disponível em: <http://www.unicef.org/publications/index_29994.html> Acesso em 14 nov. 2009.

YIN, Robert K. **Case Study Research: design and methods**. Traduzido por: Ricardo L. Pinto. Adaptado por: Gilberto de A. Martins. Disponível em: <<http://www.eac.fea.usp.br/eac/observatorio/metodologia-estudo-caso.asp>>. Acesso em 02/06/2010

WUEST, S. *et al.* Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 116, n. 9, p. 1204-1209, May 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553. 2005.

WHO STUDY GROUP. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1835-1841, Jun 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Female genital mutilation**. Genebra, Suíça. 2008. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>>. Acesso em 23 set. 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Female Genital Mutilation – Policy Guidelines for nurses and midwives**. Genebra, Suíça. 2001a. Disponível em < http://www.who.int/gender/other_health/en/guidelinesnursesmid.pdf > Acesso em 18 nov. 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Female Genital Mutilation**. Fact Sheet. Genebra, Suíça. 2001b. Disponível em < <http://www.who.int/mip2001/files/2270/241->

FemaleGenitalMutilationforMIP.pdf> Acesso em 20 nov. 2009.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

TÍTULO: _____ _____ _____
AUTORES: _____
PERIÓDICO: _____ VOLUME: ____ NÚMERO: _____
PÁGINA: _____ MÊS E ANO: _____
OBJETIVOS: _____ _____
MÉTODO UTILIZADO: _____
EVIDÊNCIAS / TEORIAS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
OBSERVAÇÕES DA PESQUISADORA: _____ _____ _____ _____