

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012
112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 005/2012

DATA: 06/02/2012

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

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

I – ORIENTAÇÃO

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

II – CRITÉRIOS

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

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

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

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

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

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

Os casais em que a mulher foi submetida a uma MGF apresentam baixos níveis de satisfação sexual ⁽⁶⁾. Os relatos destas mulheres, quando comparadas com outras que não sofreram MGF, revelam menos atividade sexual, menos prazer e menos frequência de orgasmos ⁽⁷⁾. A MGF pode ter também um efeito na resposta sexual dos parceiros, que

perante a perspetiva de relações com uma mulher com mutilação receiam a primeira experiência sexual por anteverem dor e dificuldades acrescidas na penetração ⁽⁸⁾.

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

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

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

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

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

i. Abordagem da mulher com MGF ⁽¹²⁾

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

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

ii. Intervenção na mulher em idade fértil

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

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

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

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

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

III – FUNDAMENTAÇÃO

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

As comunidades imigrantes residentes em Portugal que praticam a MGF são principalmente originárias da África subsaariana, sendo conhecida esta prática também no Médio Oriente e Ásia.

Em Portugal é necessário estar atento à extensa comunidade imigrante natural da Guiné-Bissau, onde se estima, segundo dados da OMS ⁽¹⁾ uma prevalência de MFG, entre os 15-49 anos, de 44,5%. Estes dados alertam-nos para a possibilidade da existência desta prática em Portugal, ou a hipótese das menores serem enviadas para o país de origem para a sua realização. De acordo com dados oficiais publicados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras ⁽¹⁸⁾, residiam em Portugal em 2010, 19 817 cidadãos provenientes da Guiné-Bissau, embora esteja a verificar-se um decréscimo em relação a anos anteriores, (2004 - 25 148 e 2009 - 22 945).

A MGF, enquanto ato de violência sexual com base nas desigualdades de género faz parte dum conjunto de práticas nefastas que ainda persistem na atualidade e é abordada em diversas convenções, e acordos internacionais e nacionais ⁽¹⁹⁾. No entanto, a MGF não é apenas uma questão física ou anatómica. Há que saber que esta prática se enquadra num universo sócio-cultural e religioso próprio, que modula a forma como a mulher vive, pensa e sente ⁽²⁰⁾.

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

O Código Penal Português, no seu artigo 144.º, considera a MGF como uma ofensa grave à integridade física, o ato praticado sobre o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a, “tirar ou afetar, de maneira grave, (...) a capacidade de fruição sexual”, aplicável, também, a atos praticados fora do território português.

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

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

IV – APOIO CIENTÍFICO

Lisa Ferreira Vicente (Coordenadora)

Ana Campos – Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia

Ana Henriques – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

Ana Leça – Sociedade Portuguesa de Pediatria

Ana Lúcia Freire – Divisão de Saúde Reprodutiva – DGS

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

Constança Biscaia – Ordem dos Psicólogos

Fernanda Costa – Ordem dos Enfermeiros

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

Lisa Vicente – Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica

Maria Manuel Deveza – Ordem dos Médicos

Rosália Marques – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

ANEXO I

Quadro 1 – Classificação da Mutilação Genital Feminina Segundo a OMS⁽¹⁾

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

ANEXO II

Diagrama 1 – Aspeto dos Genitais Externos Femininos

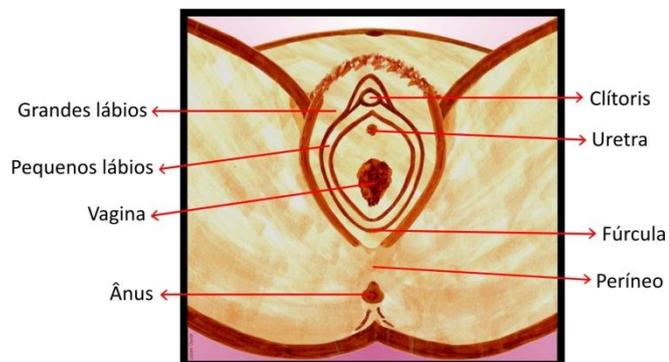


Diagrama 2 – Mutilação Genital Feminina Tipo I

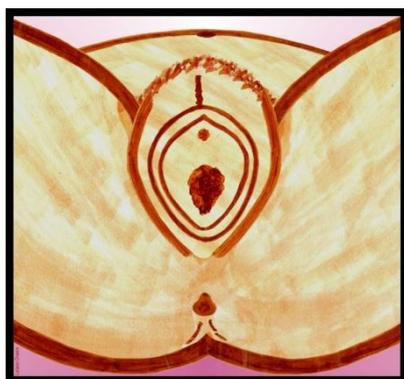
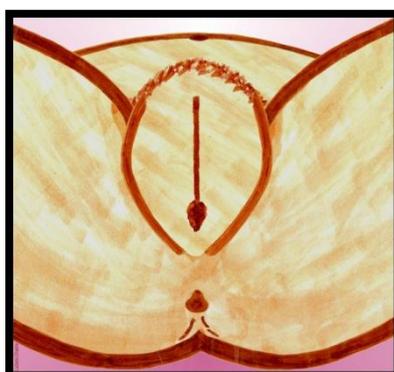


Diagrama 3 – Mutilação Genital Feminina Tipo II



Diagrama 4 – Mutilação genital feminina Tipo III



ANEXO III

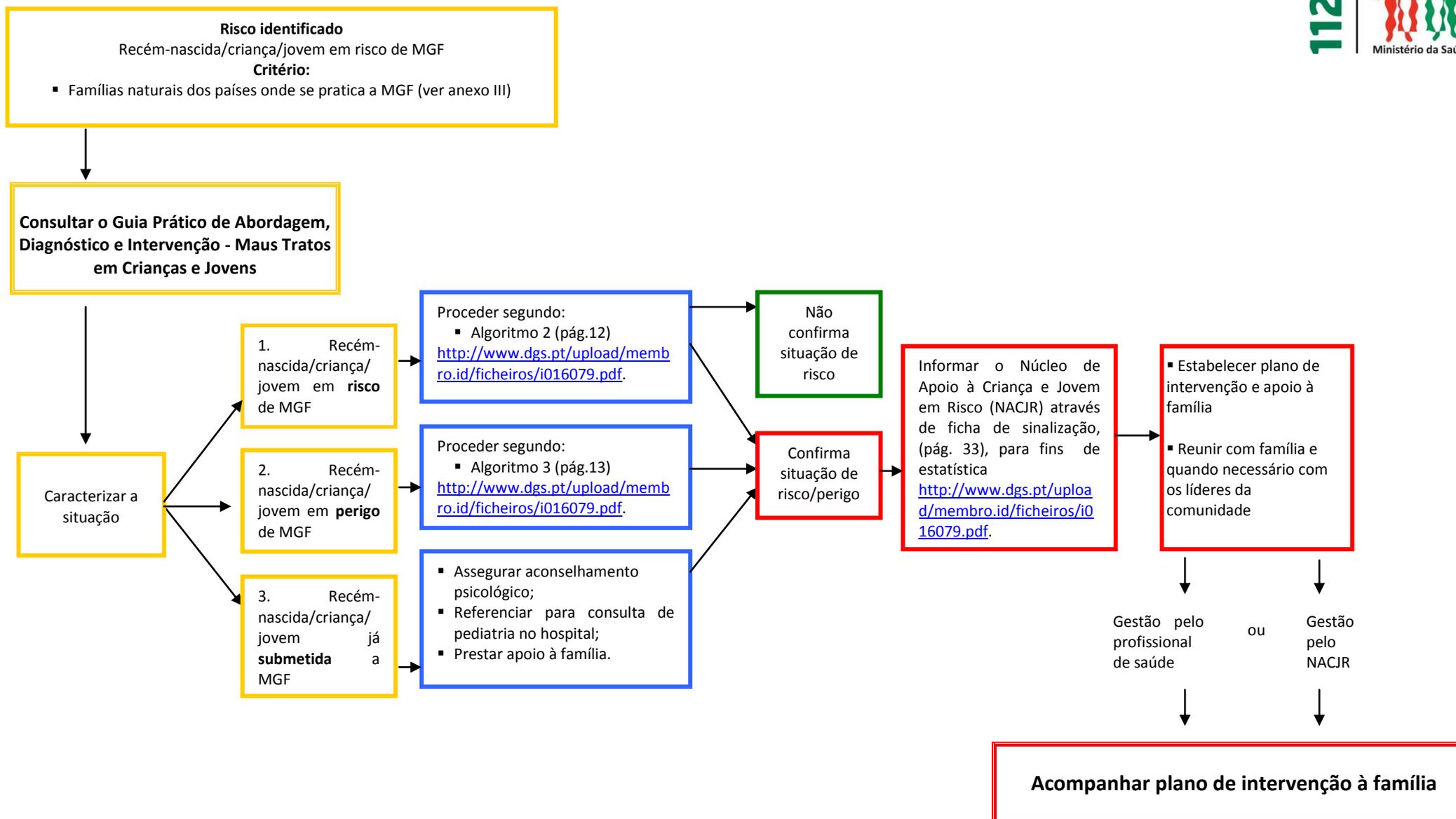
Países onde existe mutilação genital feminina ⁽¹⁾

Países	Ano	Estimativa de prevalência em meninas e mulheres 15-49 anos (%)
Benim	2001	16,8
Burquina Fasso	2005	72,5
Camarões	2004	1,4
Chade	2004	44,9
Costa do Marfim	2005	41,7
Djibuti	2006	93,1
Egito	2005	95,8
Eritreia	2002	88,7
Etiópia	2005	74,3
Gâmbia	2005	78,3
Gana	2005	3,8
Guiné	2005	95,6
Guiné-Bissau	2005	44,5
Iémen	1997	22,6
Libéria	*	45
Mali	2001	91,6
Mauritânia	2001	71,3
Níger	2006	2,2
Nigéria	2003	19
Quênia	2003	32,2
Republica Centro Africana	2005	25,7
Senegal	2005	28,2
Serra Leoa	2005	97,9
Somália	2005	97,9
Sudão do Norte	2000	90
Togo	2005	5,8
Uganda	2006	0,6
Tanzânia	2004	14,6

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

ANEXO IV

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



- ¹ World Health Organization (2008). Eliminating female genital mutilation: an interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR/ UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Geneva.
- ² Lax, R. Socially sanctioned violence against women: female genital mutilation is its most brutal form. *Clinical Social Work Journal*, 2000;28: 403–412.
- ³ Berendt A. Moritz S. Post-traumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry* . 2005; 162:1000-2
- ⁴ Kizilhan, J. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls. *Eur J Psychiatry*. 2011; 25(2): 92-100
- ⁵ Whitehorn J. *et al.* Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*,2002; Vol. 17, No. 2, 161-169.
- ⁶ Fahmy,A., El-Mouelhy M., Ragab, A. Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. 2010 Nov; 18(36):181-90.
- ⁷ Baron, E., Denmark, F. An Exploration of Female Genital Mutilation. [Volume 1087, Violence and Exploitation Against Women and Girls](#). November 2006, pages 339–355.
- ⁸ Magied, A., Musa S. Psycho-sexual Effect of Female Genital Mutilation on Sudanese Men. *The Ahfad Journal*, 2004; Vol. 21 No. 1 June 18-28.
- ⁹ Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Baldaro Verde J, Abdulcadir J, and Abdulcadir D. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *J Sex Med* 2007;4:1666–1678.
- ¹⁰ Krause E, Brandner S, Mueller MD, and Kuhn A. Out of Eastern Africa: Defibulation and sexual function in woman with female genital mutilation. *J Sex Med* 2011;8:1420–1425
- ¹¹ Banks E, Meirrik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcomes.: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006:367:1835-41.
- ¹² OMS (2001) *Mutilação Genital Feminina. Integração da Prevenção e do Tratamento nos Currícula de Profissionais de Saúde. Manual de Formação.*
- ¹³ *Female Genital Mutilation – Pregnancy Management. Whittington Hospital Clinical Management Guideline. October 2008.*
- ¹⁴ Royal College of Obstetricians and Gynecologista. Setting standarts to improve women’s health. *Green-top Guideline nº. 53. May 2009.*
- ¹⁵ Royal College of Nursing *Female Genital Mutilation. An RCN educational resource for nursing and midwifery staff. London. (2006)*
- ¹⁶ Direção-Geral da Saúde. *Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens. 2011*

¹⁷ Gonçalves, Y. “Mutilação Genital Feminina”. Coordenação pelo departamento de cooperação e desenvolvimento da APF, Alice Frade. 2004. Lisboa. APF.

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

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

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

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

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

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

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



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde