

# ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 008/2021

DATA: 30/06/2021

---

ASSUNTO: Mutilação Genital Feminina

PALAVRAS-CHAVE: Corte Genital; Circuncisão Feminina; Infibulação; Mutilação Genital Feminina

PARA: Profissionais de Saúde

CONTACTOS: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.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, nomeadamente em colaboração com a respetiva Equipa de Prevenção da Violência em Adultos e com Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
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. A intervenção na mulher em risco atual de MGF deverá estar de acordo com Manual “Violência Interpessoal – Abordagem, diagnóstico e intervenção” da Direção-Geral da Saúde; [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx)
7. Os profissionais de saúde devem envolver quando necessário, na sua intervenção, os mediadores socioculturais e os líderes das comunidades, inclusive líderes religiosos.

## II – CRITÉRIOS

- a. Define-se MGF como qualquer procedimento que envolva a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos da mulher ou que provoque lesões nos mesmos por razões não médicas; <sup>(1,2)</sup>
  - b. A Organização Mundial de Saúde classifica a MGF em 4 tipos, de forma a contemplar toda a diversidade de procedimentos <sup>(1)</sup>, e que estão descritos no Quadro 1, do Anexo I;
  - c. A MGF provoca alterações anatómicas e funcionais nos genitais externos femininos (ver anexo II), originando complicações que podem ser mais ou menos graves consoante o tipo e extensão do corte, a experiência de quem realizou a mutilação, a existência ou não de condições de assepsia durante e após a realização do procedimento, a idade e a própria condição física da vítima <sup>(1,2,3)</sup>
- 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* <sup>(1,2,3)</sup>.

### ii. COMPLICAÇÕES A LONGO PRAZO

Alterações uro-ginecológicas – Estão descritas como possíveis complicações a existência de quistos epidermóides de inclusão; quelóide; úlcera; neurinoma; dismenorria; **obstrução** vaginal; alterações urinárias; infeções vaginais <sup>(1,2,3,4)</sup>

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, o medo/receio de ter relações sexuais são outras das perturbações psicossomáticas que parecem estar aumentadas nas mulheres vítimas de MGF <sup>(5,6,7)</sup>.

Nos países onde esta prática não é culturalmente aceite, a psicopatologia e severidade das sequelas psicológicas são superiores em relação às sequelas psicológicas encontradas nas mulheres de países onde a prática da MGF é culturalmente aceitável <sup>(7)</sup>, exigindo, nestes casos, uma atenção acrescida e cuidados redobrados <sup>(8)</sup>.



Alterações da resposta sexual – Os genitais femininos não são os únicos determinantes da resposta sexual feminina. Tal como para todas as mulheres, a o bem-estar sexual das mulheres que vivem com uma MGF é influenciado fatores biológicos, psicológicos, socio-culturais e interpessoais. Que interagem dinamicamente entre si.

O clítoris é uma estrutura muito mais extensa do que anteriormente assumido. É constituído por uma porção externa (glande e prepúcio) e um conjunto de estruturas internas, que são constituídas pelo corpo do clítoris, raízes do clítoris e os bulbos do clítoris em volta do introito (abertura da vagina). Ou seja, mesmo que seja excisado parte ou a totalidade da glande do clítoris, não torna impossível a excitação, nem impossibilita a satisfação sexual uma vez que a estimulação de outras estruturas do clítoris interno e outras zonas erógenas podem resultar em relações sexuais prazerosas.

No entanto 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. Com consequência na resposta sexual, nomeadamente sobre orgasmo e satisfação sexual <sup>(9,10,11,12)</sup>

A MGF pode ter também um efeito na resposta sexual dos parceiros, que perante a perspectiva de relações com uma mulher com mutilação receiam a primeira experiência sexual por anteverem dor e dificuldades acrescidas na penetração <sup>(10,12)</sup>

Por isso, a presença de uma disfunção sexual, na mulher e também no companheiro, quando se aplique, deve ser orientada e tratada, contextualizando as alterações biológicas encontradas, o relacionamento afetivo e as representações individuais e sociais em que a mulher está inserida <sup>(12,13)</sup>

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

Quando há obstrução significativa do canal de parto, (mais frequente na mutilação do tipo II, III e alguns do tipo IV) a incidência de cesariana, hemorragia no pós-parto, lacerações graves do períneo e o recurso à episiotomia aumentam substancialmente, tal como o tempo de hospitalização. As fístulas obstétricas são potenciais complicações de um parto demorado e obstruído <sup>(1,2)</sup>.

No recém-nascido, é frequente um índice de Apgar mais baixo e uma taxa de mortalidade mais elevada (risco aumentado de morte neonatal prematura e de ocorrência de nado morto) <sup>(14)</sup>.

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

i. Abordagem da mulher com MGF <sup>(1,15,16,17)</sup>

É necessário perguntar, de uma forma culturalmente sensível, se a mulher foi sujeita à prática de MGF, utilizando expressões como “cortada”, “submetida à tradição”, ou “fanado” e não usar a palavra “mutilada”. As dificuldades relacionadas com possíveis complicações, quer 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 a repetição da observação ginecológica.

Este achado deve ficar registado no processo clínico (SCLinico /Sistema de registo de dados clínicos) e na plataforma da RSE acessível no SCLinico /Sistema de registo de dados clínicos.

(Aceder SCLinico Sistema de registo de dados clínicos /Selecionar utente/Selecionar RSE/Selecionar DGS/Selecionar Mut. Gen. Fem./Clicar em novo registo/Preencher formulário/Clicar em Criar).

ii. Cirurgias de reparação e de Reconstrução funcional

Estão descritas a realização de cirurgias para resolver complicações locais decorrentes do corte realizado. Os casos devem ser avaliados individualmente e no âmbito de uma equipa multidisciplinar <sup>(18,19,20,21,22)</sup>

Estas equipas devem incluir na medida do possível psicólogo, ginecologista-obstetra, urologistas, cirurgião plástico, e outros especialistas que sejam considerados necessários ao funcionamento de equipas para este tipo de abordagem/ terapêutica.

As várias intervenções possíveis dependem das alterações encontradas e dos sintomas da mulher. Pode ser necessária cirurgia de correção (remoção) de zonas de fibrose, de quistos epidermóides de inclusão ou de neurinomas <sup>(23)</sup>. Está descrita a técnica de defibulação no caso das MGF tipo III, que deve ser realizada de forma programada. <sup>(1)</sup>

iii. Intervenção na mulher em idade fértil

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

- **Planeamento Familiar** – Se a MGF não provocar obstruções à observação ginecológica, nomeadamente permitir a realização do rastreio do cancro do colo do útero, a mulher não necessita de cuidados especiais.
- **Pré-conceção** – Quando se identifica pela primeira vez uma MGF na consulta pré-concepcional pode haver necessidade de intervenção. Se a MGF for do tipo III deve ser proposta a defibulação, de modo a diminuir o risco de aborto espontâneo e permitir a cicatrização dos tecidos.
- **Gravidez** – Se a MGF é do tipo I, II e IV e não tiver originado cicatrizes na vulva e vagina que possam provocar obstruções à observação ginecológica e ao parto, a vigilância pré-natal é semelhante ao acompanhamento de qualquer grávida. Se houver obstrução vaginal, presença de tecido fibroso, com pouca distensibilidade ou distorção da anatomia dos genitais externos, recomenda-se referência precoce para o Hospital de Apoio Perinatal. Se a MGF é do tipo III e foi identificada pela primeira vez durante a gravidez, deve ser proposta a defibulação. Esta prática deve ser realizada no 2º trimestre da gravidez, por volta das 20 semanas de gestação <sup>(1)</sup>, para redução do risco de aborto espontâneo. A defibulação reduz ainda a vaginose bacteriana, lacerações extensas do períneo e asfixia intra-parto.
- **Trabalho de parto** – A existência de MGF não implica por si só a realização de uma cesariana. Também não está indicada a algaliação da parturiente a não ser que exista retenção urinária. Nas mulheres com MGF tipo III, e que não tenham sido defibuladas previamente, recomenda-se a cirurgia de defibulação, a realizar no segundo estadió do trabalho de parto <sup>(1)</sup>, durante uma contração e sob o efeito de analgesia epidural. Nas mulheres que tenham sido defibuladas previamente aconselha-se a realização de episiotomia pois, durante a descida da apresentação, pode ocorrer laceração grave do períneo.

Nas parturientes esta informação deve constar no partograma.

- **Puerpério** – A reinfibulação após o parto não é permitida pela Lei. O companheiro deve ser envolvido na tomada de decisão da não reinfibulação <sup>(1)</sup>, desde que haja o prévio consentimento da mulher. Deve ser dada informação sobre as consequências legais face ao risco da recém-nascida vir a ser submetida a MGF, bem como informação escrita pertinente à mulher/família sobre MGF. Estes assuntos devem começar a ser abordados durante a vigilância pré-natal.

#### iv. Intervenção na comunidade

É necessário envolver as famílias e a comunidade, afetadas pela prática 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, pretende-se que a comunidade seja encorajada a assumir a responsabilidade pelos seus problemas, informada no sentido de compreender os riscos e impactos da prática da MGF, capacitada para promover a sua prevenção e para tomar decisões usando os seus próprios recursos e mecanismos.

Na sequência da formação Pós-graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina existem já profissionais com formação especializada em diversas unidades de saúde, pelo que se reveste de grande importância a articulação entre todos os profissionais, as organizações da sociedade civil com intervenção no terreno sobre estas matérias e os membros das comunidades afetadas pela MGF, numa lógica de intervenção concertada, parcerias locais e de trabalho em rede.

O Manual de Formação em Mutilação Genital Feminina para os Profissionais de Saúde descreve várias estratégias que permitem o envolvimento das pessoas <sup>(1,24)</sup>

- e. Referenciação do recém-nascido/criança/jovem em risco de MGF – Antes da alta da maternidade os profissionais de saúde devem articular com os Núcleos Hospitalares de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) a fim de ser pedido o acompanhamento continuado a esta família. A sinalização deverá ser feita através da ficha que se encontra no Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens <sup>(25)</sup>. 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. Existe no sistema de informação “SClinico” dos Cuidados de Saúde Primários, no módulo de Saúde Infantil, no separador do risco familiar uma ficha de sinalização que deverá ser preenchida e enviada ao respetivo Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR). 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 Crianças e Jovens em Risco (ver anexo IV).

Antes de efetuar a referenciação, o /a profissional deve mostrar aos pais /representante legal e restantes familiares, as possíveis consequências para a saúde, educação e realização pessoal da prática da MGF.

Deve ainda explicar claramente aos pais/representante legal e restantes familiares que, no país, a realização de uma MGF é crime punível com pena de prisão de 2 a 10 anos e que os atos preparatórios da MGF também são punidos com pena de prisão até 3 anos. Deve ser salientado que se pretende ajudar a Família a evitar as consequências para a saúde associadas à MGF, assim como as suas consequências legais e judiciais.

- f. Monitorização da Orientação – Através dos relatórios anuais de avaliação da Ação de Saúde das Crianças e Jovens em Risco, e da Ação de Saúde sobre Género, violência e Ciclo de Vida integradas no Programa de Violência no ciclo de Vida, é possível identificar o número de casos referenciados por risco ou prática de MGF, na recém-nascida, criança ou jovem, que devem ser registados no formulário próprio disponível na plataforma.



As Unidades Hospitalares e os ACES devem aproveitar as potencialidades dos programas informáticos de gestão clínica e propor a introdução da problemática da MGF e estabelecer a ligação com o registo nacional.

A nível Nacional os casos observados devem ser registados na plataforma web designada de “Registo de Saúde Eletrónico - Portal do Profissional” (RSE- PP), anteriormente designada “Plataforma de Dados da Saúde (PDS)”. Os dados referentes aos registos no RSE- PP. Os dados registados devem ser publicados com regularidade.

### III – FUNDAMENTAÇÃO

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

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

Em Portugal é necessária especial atenção à MGF, entre as comunidades e pessoas imigrantes de países que segundo a OMS <sup>(1)</sup> apresentam prevalências de MGF (Anexo III), nomeadamente, e por ordem alfabética, Costa do Marfim, Egipto, Eritreia, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné-Conacri, Nigéria, Senegal, Somália entre outros. <sup>(1)</sup>

Foram já realizados estudos de estimativa de meninas em risco de mutilação genital feminina na União Europeia <sup>(26,27)</sup> e de avaliação de prevalências de MGF em Portugal relativamente às meninas, raparigas e mulheres vitimizadas ou em risco <sup>(28)</sup>

Além disso, o estudo das características dos casos registados através da PDS/RSE e publicados pela DGS, permite analisar os dados sobre MGF de mulheres observadas e residentes em Portugal <sup>(29,30)</sup>.

A MGF, enquanto ato de violência sexual com base nas desigualdades de género faz parte de um conjunto de práticas nefastas que ainda persistem na atualidade e é abordada em diversas convenções, e acordos internacionais e nacionais, nomeadamente através da Convenção de Istambul que Portugal ratificou. No entanto, a MGF não é apenas uma questão física ou anatómica. Há que saber que esta prática se enquadra num universo sociocultural próprio, que modula a forma como mulheres e homens vivem, pensam e sentem <sup>(16,17)</sup>.

A MGF está associada, nos países onde esta prática é prevalente, a um ritual de iniciação ou de purificação das crianças do sexo feminino, destinando-se também à preservação da moralidade, castidade, pureza e virgindade das raparigas, podendo constituir um estigma a sua não realização <sup>(31)</sup>.

A Lei n.º 83/2015, de 5 de agosto, que entrou em vigor no dia 4 de setembro de 2015, introduziu a trigésima oitava alteração ao Código Penal (Artigo 144.º-A) autonomizando o crime de mutilação genital feminina, em cumprimento do disposto na Convenção de Istambul que Portugal ratificou, pelo que o novo tipo de crime só é aplicável a factos ocorridos depois dessa data. Ainda de acordo com o novo enquadramento legal, no crime de mutilação genital feminina, sendo a vítima menor, o procedimento criminal não se extingue, por efeito da prescrição, antes de o ofendido perfazer 23 anos (Artigo 118 n.º 5 do Código Penal).

De acordo com a Lei portuguesa a MGF assume a natureza de crime público, o que significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo.

Uma vez que esta prática afeta essencialmente as crianças, importa salientar que a Convenção sobre os Direitos das Crianças estabelece o compromisso dos Estados-Membros no respeito dos direitos das crianças sem discriminação e a adoção de medidas eficazes e adequadas para a abolição de quaisquer práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde destas. <sup>(32)</sup>

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

O compromisso do Estado Português encontra-se reforçado na Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 – Portugal + Igual (ENIND), mais concretamente no Plano de Ação para a Prevenção e Combate à Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica, que seguindo as orientações da Convenção de Istambul coloca as práticas tradicionais nefastas (PTN) no centro dos instrumentos políticos para o combate às várias formas de violência contra as mulheres e raparigas.

Nesse sentido, foi estabelecido o objetivo estratégico 6. “Prevenir e combater as práticas tradicionais nefastas (PTN), nomeadamente a MGF e os casamentos infantis, precoces e forçados”, que se desdobra em três objetivos específicos:

- 6.1. Aprofundar o conhecimento sobre os contextos socioculturais e as PTN em Portugal, nomeadamente a MGF e os casamentos infantis, precoces e forçados;
- 6.2. Promover projetos e informar/sensibilizar para a prevenção e o combate às PTN, envolvendo as comunidades de risco e as redes locais multidisciplinares e multissetoriais de intervenção;
- 6.3. Qualificar a intervenção para a prevenção e o combate às PTN, nomeadamente a MGF e os casamentos infantis, precoces e forçados.


Tudo isto, alinhado com os ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável), das Nações Unidas e valorizando o trabalho realizado, em Portugal, pelas organizações da sociedade civil, pelas equipas de



saúde de alguns territórios, e por profissionais formados/as nas várias edições da Pós-Graduação “Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina”.

No âmbito da atual estratégia e dos anteriores Programas de Ação para a Prevenção e Eliminação da MGF<sup>(33)</sup>, têm sido disponibilizados recursos de que são exemplo os espaços de atendimento a vítimas de MGF no CNAIM de Lisboa e Norte, assim como produzidos documentos, protocolos e modelos de atuação, pelas diversas entidades intervenientes e que podem ser consultados na página da internet da Comissão para a Igualdade de Género.

A Orientação aqui apresentada é a concretização da medida 6.3.1. Produção, atualização, difusão e monitorização de orientações técnicas e normas/modelo de sinalização e monitorização de casos ou potenciais casos de MGF e casamentos infantis, precoces e forçados, a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde no âmbito desta Estratégia.<sup>(34)</sup>



Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde

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

<p>Tipo I</p>	<p>Remoção parcial ou total do clítoris e / ou do prepúcio (clitoridectomia).</p> <p>Para distinguir as principais variações de mutilação do Tipo I são propostas as seguintes subdivisões:</p> <p><b>Tipo Ia</b> – Remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris;</p> <p><b>Tipo Ib</b> – Remoção do clítoris com o prepúcio.</p>
<p>Tipo II</p>	<p>Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios.</p> <p>São propostas as seguintes subdivisões:</p> <p><b>Tipo IIa</b> – Remoção apenas dos pequenos lábios;</p> <p><b>Tipo IIb</b> – Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios;</p> <p><b>Tipo IIc</b> – Remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios;</p>
<p>Tipo III</p>	<p>Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e / ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris, (infibulação).</p> <p>São propostas as seguintes subdivisões:</p> <p><b>Tipo IIIa</b> – Remoção e aposição dos pequenos lábios;</p> <p><b>Tipo IIIb</b> – Remoção e aposição dos grandes lábios</p>
<p>Tipo IV</p>	<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

Figura 1 Genitais Femininos Inalterados

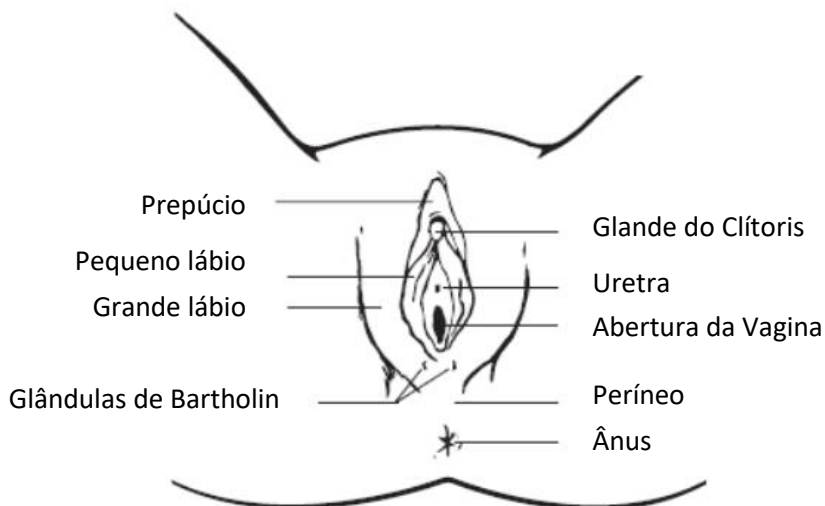


Figura 2 -Tipo I Remoção parcial ou total do clítoris (clitoridectomia) e / ou prepúcio

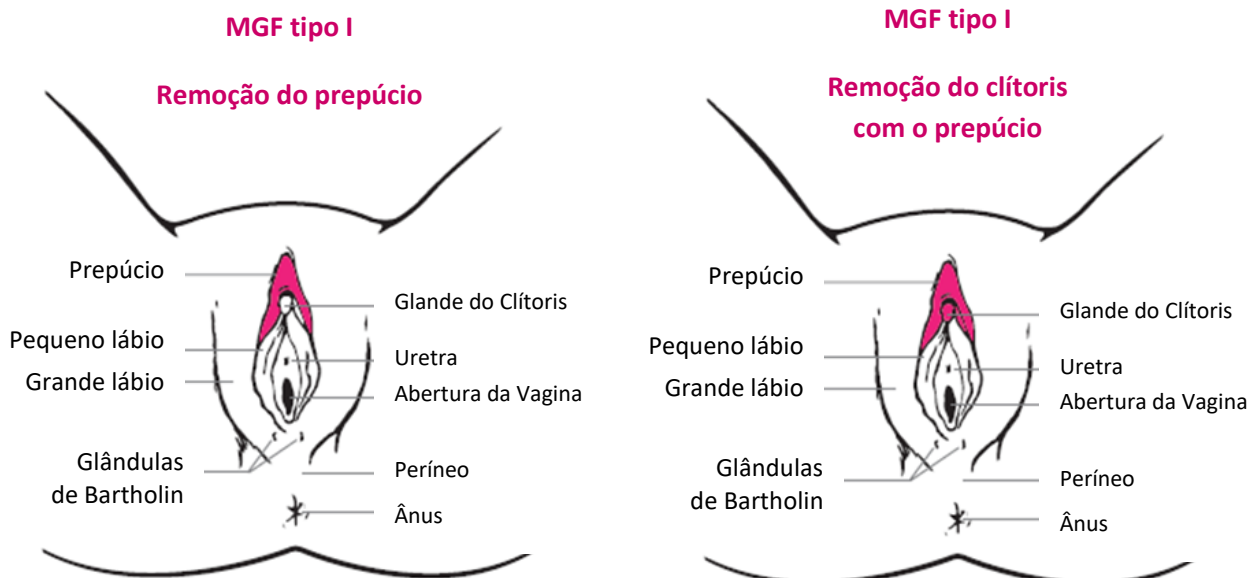
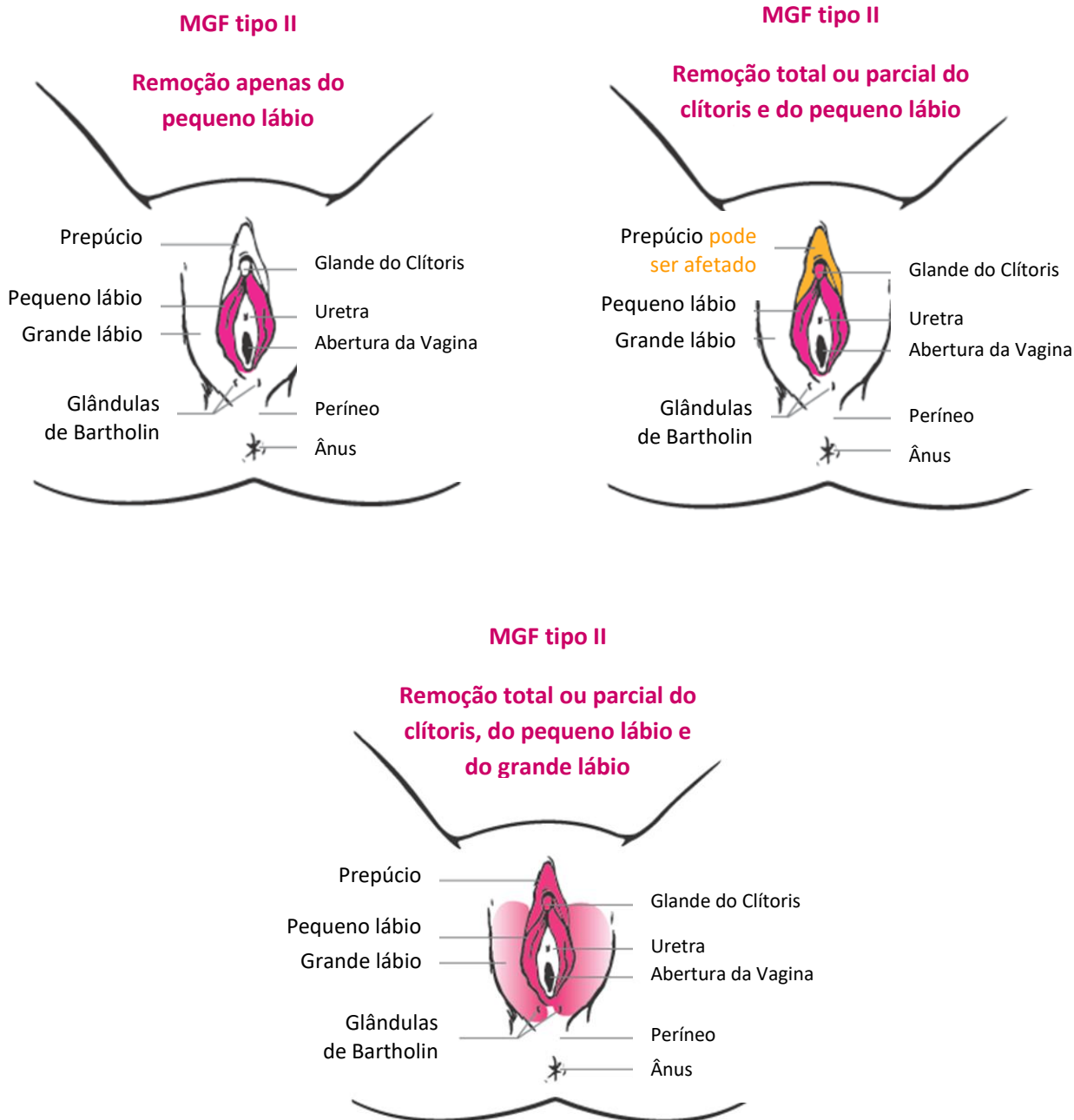
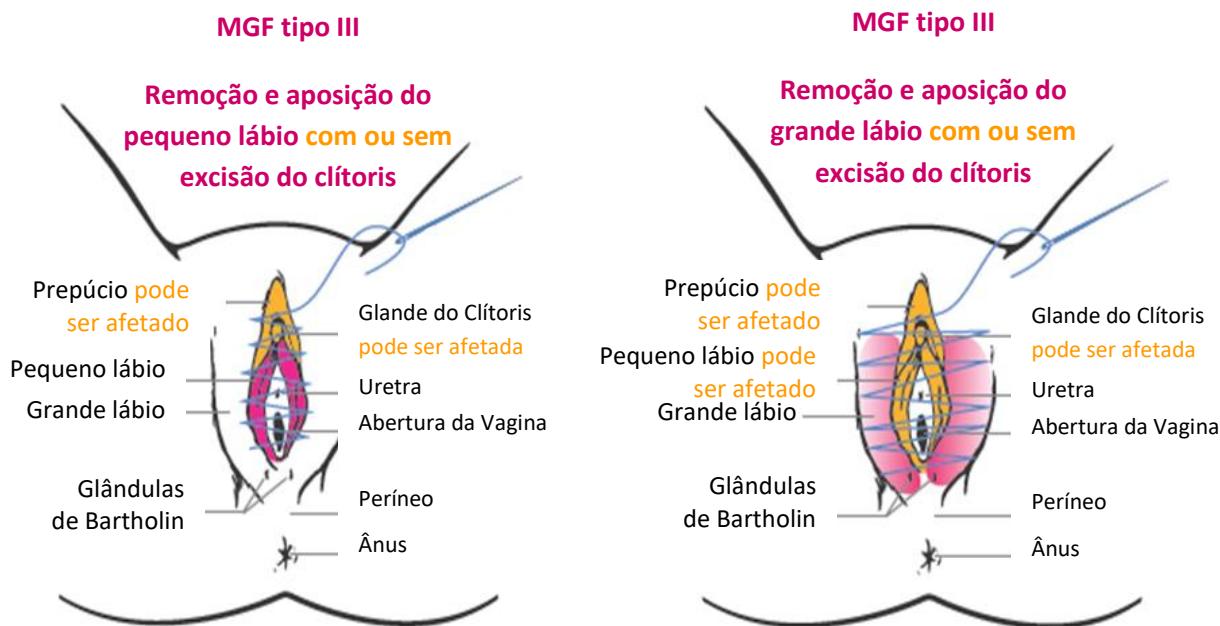


Figura 3 -Tipo II Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão)

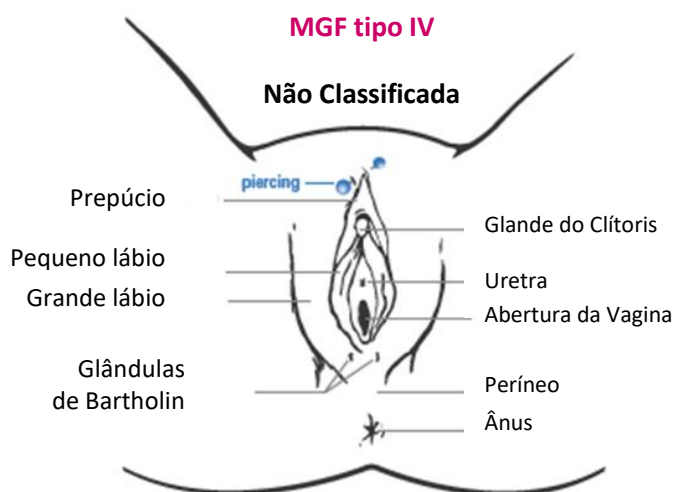


**Tipo III Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e / ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris, (infibulação)**



A infibulação pode ser o resultado da cicatrização e não necessariamente das suturas

**Tipo IV Todos os outros procedimentos prejudiciais à genitália feminina para fins não médicos, por exemplo: picadas, puxões, perfurações, incisões, raspagem e cauterização**



### ANEXO III

#### Países onde existe mutilação genital feminina

Países	Ano	Prevalência de MGF em meninas e mulheres 15-49 anos (%)*	Dados do serviço de estrangeiro e fronteiras <sup>(2019)</sup>		
			Total	Mulheres	Homens
Benin	2014	9	11	1	10
Burquina Fasso	2010	76	30	7	23
Camarões	2004	1	183	77	106
Chade	2014/15	38	2		2
Costa do Marfim	2016	37	169	63	106
Djibuti	2006	93	6	2	4
Egipto	2015	87	475	182	293
Eritreia	2010	83	209	49	160
Etiópia	2016	65	57	31	26
Gâmbia	2018	76	186	42	144
Gana	2011	4	173	48	125
Guiné	2018	95	1415	452	963
Guiné-Bissau	2014	45	18886	8819	10067
Iémen	2013	19	29	7	22
Iraque	2018	7	352	184	220
Libéria	2013	44	14	3	11
Mali	2018	89	52	7	45
Mauritânia	2015	67	23	3	20



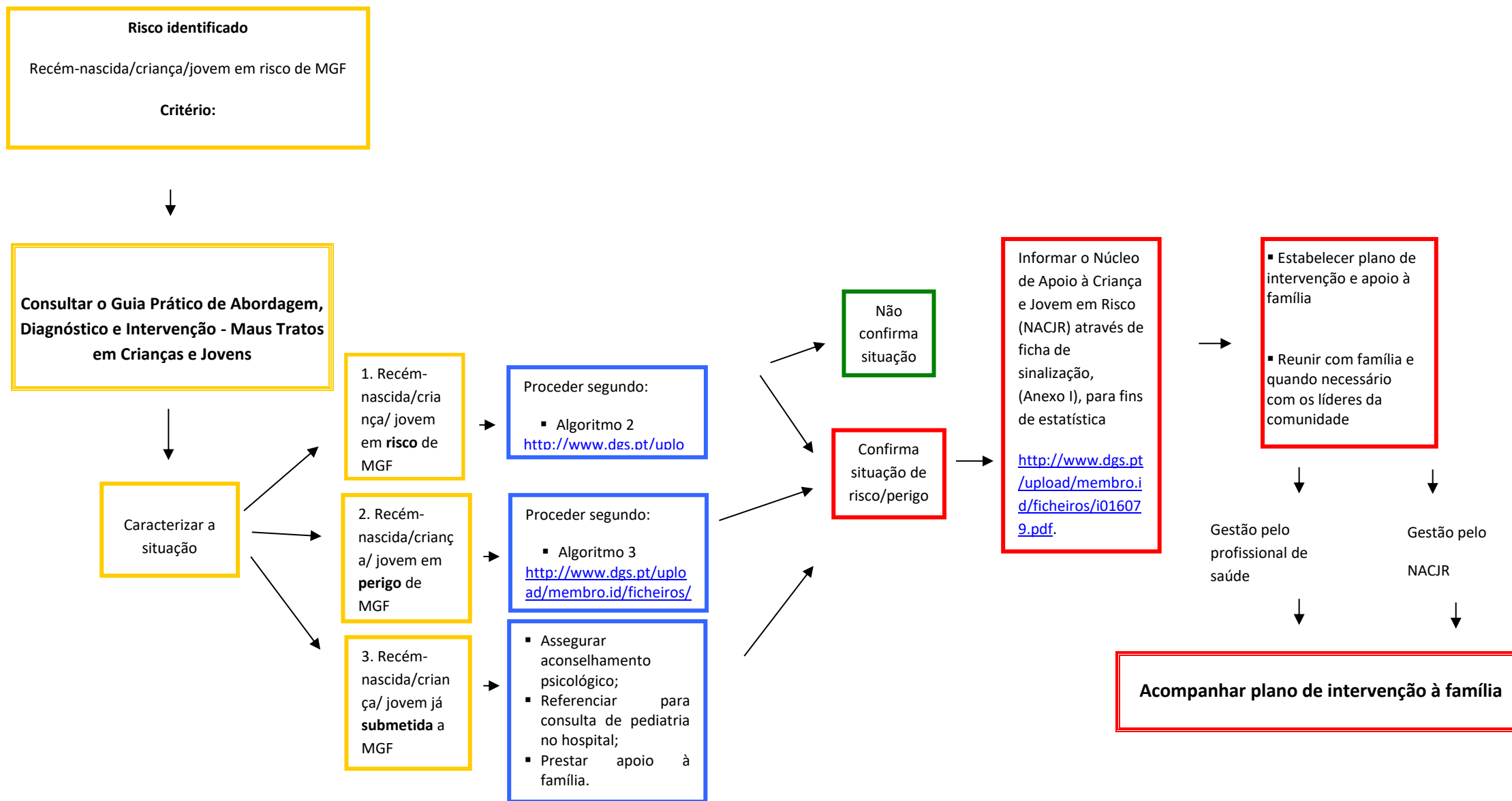
Níger	2012	2	1		1
Nigéria	2018	19	668	235	433
Quênia	2014	21	107	68	39
República Centro Africana	2010	24	9	5	4
Senegal	2017	24	1446	453	993
Serra Leoa	2017	86	88	35	53
Somália	2006	98	42	19	23
Sudão do Norte	2014	87	105	37	68
Tanzânia	2015/16	10	40	14	26
Togo	2017	3	37	17	20
Uganda	2016	0	32	16	16
<b>Total</b>			<b>24899</b>	<b>10876</b>	<b>14023</b>

\*Fonte: Base de dados globais da UNICEF 2020, sustentadas em Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS), Inquéritos de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) e outros inquéritos representativos a nível nacional.

Acessível em <https://data.unicef.org/resources/dataset/fgm/>

ANEXO IV

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



## V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook. 2018. Acessível em

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>

2. WHO Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation, 2016. Acessível em <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>

3. Vicente, Lisa F. (2014) “Mutilação genital Feminina” in Sexologia Médica, 405-411, Lisboa, LIDEL

4. Atlas de Vulva. Coordenação Jorge-Borrego, Lúcia Correia, Tereza Paula. Lidel- Edições Técnicas, Lda. 2017

5. Lax, R. Socially sanctioned violence against women: female genital mutilation is its most brutal form. Clinical Social Work Journal, 2000;28: 403–412.

6. Berendt A. Moritz S. Post-traumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. Am J Psychiatry . 2005; 162:1000-2.

7. Kizilhan, J. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls. Eur J Psychiatry. 2011; 25(2): 92-100.

8. Whitehorn J. et al. Female genital mutilation: cultural and psychological implications. Sexual and Relationship Therapy, 2002; Vol. 17, No. 2, 161-169.

9. Fahmy, A., El-Mouelhy M., Ragab, A. Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. 2010 Nov; 18(36):181-90.

10. 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.

11. 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.

12. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi Demicheli F, Yaron M, Petignat P. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. 2016 Feb;13(2):226-37. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.023. Epub 2016 Jan 27.

13. Buggio L, Facchin F, Chiappa L, Barbara G, Brambilla M, Vercellini P. Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. Health Equity. 2019 Feb 20;3(1):36-46. doi: 10.1089/heq.2018.0036. eCollection 2019. J Sex Med.

14. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcomes.: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835-41.
15. Gonçalves, Y (2004). *Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: APF
16. 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.
17. Campos, A. *Mutilação genital feminina. A importância de reconhecer e de saber como agir*. *Acta Obstet Ginecol Por.* 2010; 4(3): 152-156.
18. Foldès P, Cuzin B, Andro A. *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*. *Lancet* 2012 jul 14;380(9837):134-41 Published online June 12. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60400-0.
19. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. *Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function*. *Obstet Gynecol* 2006;108: 55–60.
20. Madzou S1, Ouédraogo CM, Gillard P, Lefebvre-Lacoeuille C, Catala L, Sentilhes L, Descamps P. *Reconstructive surgery of the clitoris after sexual mutilation*. *Ann Chir Plast Esthet.* 2011 Feb;56(1):59-64. doi: 10.1016/j.anplas.2009.08.008. Epub 2010 Jun 16.
21. Jasmine Abdulcadir, Maria I. Rodriguez, Lale Say *A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting* *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 129, Issue 2, 2015, pp. 93-97
22. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. *Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review*. *J Sex Med.* 2017 Aug;14(8):977-990. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.05.016. Epub 2017 Jun 27.
23. Abdulcadir J, Tille JC, Petignat P. *Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting*. *Reprod Health.* 2017;14(1):22. Published 2017 Feb 8. doi:10.1186/s12978-017-0288-3
24. Organização Mundial da Saúde e Associação para o Planeamento da Família (2009). *Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos currícula de Profissionais de Saúde: Manual de Formação*. Lisboa: APF (edição em português, revista e adaptada) *publicada com o apoio do IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento e UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População*.
25. Direção-Geral da Saúde. *Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens*. 2011.

26. European Institute for Gender Equality. (2013). Female genital mutilation in the European Union and Croatia – Report.
27. European Institute for Gender Equality. (2015). Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Report.
28. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa. (2015). Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação. Acessível em [www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat\\_Mut\\_Genital\\_Feminina\\_p.pdf](http://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf).
29. Direção-Geral da Saúde (2016) Mutilação Genital Feminina. Análise dos casos registados em 2014 e 2015
30. Direção-Geral da Saúde (2018) Mutilação Genital Feminina Análise dos casos registados na PDS/RSE- PP 2014-2017
31. Martingo, Carla (2009) O corte dos genitais femininos em Portugal. O caso das guineenses – um estudo exploratório, Lisboa, ACIDI
32. FIGO (1994) Resolution on Female Genital Mutilation [.https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/1994%20Resolution%20on%20Female%20Genital%20Mutilation.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/1994%20Resolution%20on%20Female%20Genital%20Mutilation.pdf)
33. Programas Nacionais para a eliminação da MGF em Portugal - I Programa Para a Eliminação da MGF (2009-2010); II Programa Para a Eliminação da MGF (2011-2013) e III Programa de Ação Para a Eliminação da MGF (2014-2017).
34. Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação — Portugal + Igual (ENIND) 2018-2030. Diário da República, 1.ª série — N.º 97 — 21 de maio de 2018 (páginas 2220-2245)