



MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

DECLARAÇÃO DE POLÍTICAS

FEVEREIRO DE 2023

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

MANIFESTO DO POSICIONAMENTO DA PLAN INTERNATIONAL

- A Plan International reconhece que a prática de mutilação genital feminina (MGF) é de natureza global, afetando pelo menos 200 milhões de mulheres e meninas em mais de 96 países no mundo todo, sendo que a maioria deles não tem dados nacionalmente representativos da escala de tal prática. A prática não se restringe a uma região ou religião específica, e a eliminação eficaz de todas as formas de MGF, de acordo com a legislação internacional e o Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5.3.2, exige o reconhecimento da natureza global da MGF e ações globais para assegurar que todas as meninas em todos os lugares possam viver livres dessa prática.
- A Plan International condena todas as formas de MGF, definidas pela OMS como “a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos ou qualquer outra lesão aos órgãos genitais das mulheres sem justificativa médica.” A prática não possui benefícios à saúde. Todas as formas de MGF são uma violação de direitos humanos de meninas e mulheres, incluindo à sua saúde sexual e reprodutiva, e representam uma forma extrema de violência baseada no gênero.
- A Plan International promove uma abordagem de abandono total em relação a todas as formas de MGF, reconhecendo que todos os tipos de MGF são violações de direitos humanos com consequências graves ao longo da vida de mulheres e meninas, incluindo à sua saúde, educação e empoderamento econômico. Nós adotamos uma abordagem baseada em direitos rumo à eliminação de todas as formas de MGF, focada nos direitos das meninas à autonomia corporal e ao consentimento, incluindo os direitos das meninas à sexualidade.
- A Plan International acredita que a eliminação de todas as formas de MGF exige uma abordagem multissetorial e baseada em normas sociais, para auxiliar as comunidades a abandonarem a prática. Ações eficazes para eliminar a MGF devem envolver toda a comunidade e incluir no processo todas as partes interessadas, como as próprias meninas, avós e mulheres mais velhas¹, líderes comunitários e religiosos, homens e meninos, profissionais da saúde, professores e o sistema judiciário.
- A Plan International reconhece que a prática de MGF é profundamente enraizada em normas de gênero discriminatórias e prejudiciais. A Plan International adota uma abordagem transformadora de gênero para eliminar a MGF, que trata da desigualdade de gênero e normas de gênero prejudiciais e empodera meninas e mulheres para que exerçam seus direitos à sexualidade e à autonomia corporal.
- A Plan International acredita que a MGF é uma prática cultural que precede e não está associada às religiões modernas do judaísmo, cristianismo e islão. A Plan International trabalha em conjunto com líderes religiosos e acadêmicos para desconstruir mitos religiosos que envolvem a prática, como forma de auxiliar a comunidade a abandonar a prática.
- A Plan International reconhece que contextos humanitários e situações de crise podem aumentar as taxas de MGF, seja como um mecanismo de enfrentamento negativo ou em lugares onde a prática está associada a uniões e casamentos infantis, prematuros ou forçados (CEFMU). A Plan International considera que a prevenção e resposta à MGF salvam vidas e são essenciais em momentos de crise, e acreditamos que a MGF deve ser integrada de forma compreensiva ao planejamento e execução de prevenção e respostas humanitárias. Isso deve tratar dos riscos específicos relacionados a MGF, assim como das oportunidades de abandono resultantes dos tumultos causados pela crise.
- A Plan International acredita que o acesso de meninas à educação é crucial enquanto direito humano por si só, mas reconhece firmemente que o acesso à educação também age como factor protetivo para meninas em situação de risco. A MGF deve ser incluída nos currículos de educação sexual compreensiva (ESC) como uma forma eficaz de mudar as normas de gênero prejudiciais e discriminatórias e as atitudes negativas em relação à sexualidade feminina, que causam a prática.
- A Plan International reconhece que a prática de CEFMU e de MGF estão conectadas em alguns contextos, compartilhando motivações sociais semelhantes e normas sociais e de gênero discriminatórias subjacentes. Nesses contextos, intervenções eficazes devem tentar discutir ambas as práticas.
- A Plan International reconhece que meninas e jovens são agentes da mudança na eliminação de todas as formas de MGF. Contudo, a Plan International também reconhece que o abandono da MGF exige o apoio e a participação de toda a comunidade, assim como uma compreensão das graves consequências de isolar e ostracizar meninas que se opõem abertamente à prática.

Posicionamento sobre criminalização

- A Plan International reconhece que a legislação nacional que proíbe a MGF promove um ambiente propício e legítima a realização de campanhas, influência e programação para eliminar todas as formas de MGF. Contudo, apenas focar na criminalização de MGF é ineficaz, vez que leva a

Imagem da capa: Zainab, 17, e sua mãe, Kadiatu, 35. Zainab é uma manifestante defensora contra MGF em sua comunidade na Serra Leoa.

Créditos da Fotografia: Plan International / Quinn Neely

prática à clandestinidade, dificultando a mudança das normas sociais para eliminar a prática de forma sustentável. Onde a legislação é adotada, de acordo com evidências, a Plan International apoia uma legislação abrangente, que define e proíbe todas as formas de MGF, incluindo versões medicalizadas e situações em que a prática é realizada no exterior.

Posicionamento sobre MGF transfronteiriça

- A Plan International acredita que o abandono de todas as formas de MGF exige abordagens internacionais e regionais coordenadas e abrangentes, que possam envolver de forma eficaz as comunidades praticantes que se estendem além das fronteiras internacionais tradicionais.
- A Plan International acredita que envolver comunidades diaspóricas em abordagens transformadoras de gênero baseadas em normas sociais para abandonar a prática de MGF pode ser um ponto de acesso útil na desconstrução de normas sociais nos países de origem, onde a diáspora aja como grupos de referência influentes. Envolver a diáspora também pode auxiliar o abandono da prática de “cortes durante as férias”, em contextos de altos recursos.

Posicionamento sobre medicalização

- A Plan International acredita que todas as formas de MGF, não importando se realizadas por profissionais da área médica ou em estabelecimentos de saúde, são prejudiciais e representam uma violação dos direitos humanos de meninas e mulheres. A Plan International adota uma abordagem baseada em direitos em relação à eliminação de todas as formas de MGF, e acreditamos que uma abordagem de diminuição de risco é incompatível com direitos humanos, incluindo o direito das meninas à saúde, à autonomia corporal e à sexualidade, assim como o direito de não ser submetida a qualquer forma de violência. A Plan International declara que a prática de MGF por profissionais da saúde é contrária à ética médica e ao juramento de Hipócrates de “não causar dano ou mal”. Isso inclui a prática de infibulação.
- A Plan International declara que não há cortes “menores” ou “menos severos” quando se considera as consequências físicas e psicológicas de longo prazo, além dos impactos socioeconômicos da prática, como a constante discriminação de gênero. Todos os tipos e formas de MGF, independente de como são realizadas, são uma violação de direitos humanos.
- A Plan International reconhece que profissionais da saúde são vistos de forma singular como membros confiáveis da comunidade para oferecer informações baseadas em evidências a respeito de MGF e seus impactos, e para influenciar e mudar as atitudes e práticas prejudiciais da comunidade. A Plan International promove a educação e o envolvimento de profissionais da área médica como partes

interessadas essenciais no movimento para o abandono de todas as formas de MGF.

Posicionamento sobre o direito ao asilo

- A Plan International declara com veemência que meninas e mulheres que receiam perseguição em razão de MGF têm direito à condição de refugiadas, de acordo com a legislação internacional de direitos humanos e refúgio, incluindo o Estatuto dos Refugiados de 1951.

RECOMENDAÇÕES SOBRE MGF

- Os governos devem promulgar, implementar integralmente e financiar legislações nacionais abrangentes e planos de ação nacionais baseados em evidências, para promover um ambiente propício a normas sociais transformadoras de gênero que proibam todas as formas de MGF, incluindo versões medicalizadas da prática e em situações em que a prática é realizada no exterior. A legislação e as estratégias nacionais para mudanças das normas sociais devem ser financiadas com orçamentos específicos para a implementação multissetorial eficaz em níveis local e comunitário, que devem incluir os departamentos de justiça e polícia, educação, profissionais da saúde e agentes de proteção infantil. O foco da legislação nacional não deve ser uma abordagem punitiva e que estigmatiza as comunidades praticantes, mas deve buscar a promoção do envolvimento da comunidade e a divulgação do abandono da prática.
- Todos os governos devem empreender coletas de dados que representem a escala e a extensão da MGF, incluindo sua prevalência, de acordo com as metas globais do ODS 5.3.2 para eliminar todas as práticas nocivas, e em conformidade com o direito internacional de direitos humanos, inclusive em contextos de diáspora. Todas as coletas de dados a respeito de MGF devem ser realizadas em concordância com parâmetros de ética, proteção e sigilo de informações.
- Os doadores devem multiplicar por 10 as metas de financiamento voltado a intervenções que visam o abandono de todas as formas de MGF, para eliminar a prática até 2030, de acordo com a meta 5.3.2 dos ODS.
- Os doadores devem aumentar o financiamento voltado a pesquisa e evidências a respeito da escala, extensão e impactos da MGF, e sobre a expansão das bases de dados a respeito intervenções bem-sucedidas e eficazes na promoção do abandono da prática. De forma específica, deve-se dar mais suporte para melhorar o acesso a serviços voltados para sobreviventes, além de medidas de prevenção, como o fornecimento de cirurgias de reconstrução do clitóris.
- As intervenções e atividades que promovem o abandono da MGF baseado em direitos devem ser baseadas em evidências, de natureza transformadora de gênero, e devem tentar tratar das normas sociais prejudiciais subjacentes à prática. As intervenções

devem envolver todos os membros da comunidade, incluindo as próprias meninas, e partes interessadas essenciais como líderes tradicionais, religiosos e comunitários, avós e mulheres mais velhas, homens e meninas, profissionais da saúde, professores, a polícia e o sistema judiciário.

- Os líderes religiosos devem desconstruir abertamente os mitos que associam MGF a qualquer religião, assim como as normas de gênero prejudiciais subjacentes à prática. Eles devem auxiliar as comunidades a abandonarem a MGF por meio de influência regional e nacional e da emissão de fátuas e decretos religiosos, onde for aplicável, proibindo a prática de acordo com as leis religiosas.
- Todos os agentes humanitários têm o dever de reconhecer e mitigar o impacto agravante de crises sobre a MGF durante o planejamento de prevenção e respostas, enquanto serviços essenciais que salvam vidas. Os esforços de prevenção de MGF devem ser completamente financiados por meio de programações emergenciais plurianuais e amplamente integrados aos planos, avaliações e respostas humanitárias, incluindo ações tanto para prevenir todas as formas de MGF, como para responder às necessidades distintas das sobreviventes dessa prática em contextos de crise.
- As sobreviventes de todas as formas de MGF têm o direito de acesso às informações, educação e serviços de saúde necessários associados à prática e suas consequências, como a desinfibulação. Todos esses serviços devem ser oferecidos em formatos acolhedores a crianças e ao gênero. Os serviços de saúde, como saúde mental e apoio psicossocial (MHPSS), devem ser disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade suficiente (AAAQ) para sobreviventes de MGF, e recursos suficientes devem ser aplicados para que tais serviços sejam prestados.
- O acesso à educação para meninas deve ser reconhecido enquanto direito, assim como o factor protetivo contra MGF. Os governos devem priorizar a educação das meninas, que deve incluir o fornecimento de educação sexual compreensiva (ESC). Os currículos de ESC devem incluir discussões e aprendizagem a respeito da prática de MGF, para auxiliar a alteração de normas sociais prejudiciais.
- Nos contextos em que as práticas de MGF e de CEFMU são conectadas, os esforços e intervenções para abandonar ambas as práticas devem adotar uma abordagem transformadora de gênero, para identificar e alterar normas de gênero discriminatórias subjacentes, de forma a tratar ambas as práticas de uma vez. Pesquisas mais aprofundadas devem ser realizadas para melhorar a compreensão a respeito da conexão entre ambas as práticas, como onde MGF é considerada uma exigência social para o casamento mas é realizada de forma independente a CEFMU.

Recomendações sobre criminalização

- Em lugares onde os governos adotam uma legislação nacional que proíbe MGF, a legislação

deve proibir todas as formas de MGF, incluindo em situações em que é realizada por profissionais da medicina ou em estabelecimentos médicos, e providenciar jurisdição extraterritorial ao delito, de acordo com as boas práticas e recomendações do direito internacional de direitos humanos. O foco de qualquer abordagem legislativa deve ser voltado ao alcance e envolvimento da comunidade com a lei, não devendo punir ou estigmatizar certas comunidades.

- A legislação deve ser completamente implementada com linhas orçamentárias estimadas e planos de ação correspondentes que envolvem, financiam integralmente e fornecem capacitação a todos os setores pertinentes, como os departamentos de polícia e de justiça, profissionais da saúde, professores e sistemas educacionais, e serviços de proteção infantil.
- Em lugares onde a legislação de criminalização é adotada, as sobreviventes de MGF devem ser dispensadas de processos criminais enquanto participantes da prática de MGF, independente de terem ou não buscado ativamente a prática por si próprias. Os policiais e o departamento de justiça devem ser equipados com formação técnica e capacitação para lidar com tais tipos de situações e para evitar a revitimização das sobreviventes da prática.

Recomendações sobre MGF transfronteiriça

- Em regiões onde a MGF transfronteiriça seja prevalente, os governos e órgãos regionais devem tentar estabelecer e implementar mecanismos de coordenação para alinhar legislação, políticas e estratégias de implementação ao longo de regiões de fronteira, para auxiliar as comunidades a abandonar a MGF. Isso deve incluir o alinhamento de penas criminais na legislação e o estabelecimento de órgãos e mecanismos de monitoria devidamente equipados para coordenarem uma resposta multissetorial através de diferentes jurisdições nacionais, e para melhorar o policiamento em fronteiras porosas.
- Em lugares onde a legislação proíbe MGF, as provisões devem dar jurisdição extraterritorial em razão do delito de MGF, para permitir que o departamento de justiça responda aos casos de MGF que tenham ocorrido no exterior ou em jurisdições adjacentes.
- Intervenções comunitárias para alterar as normas sociais e eliminar a MGF em regiões de fronteira devem tentar incluir nas intervenções os grupos e comunidades miscigenadas de regiões transfronteiriças.
- É necessário realizar pesquisas mais aprofundadas e obter mais dados a respeito da escala, extensão e factores que motivam a MGF transfronteiriça. Os doadores devem aumentar o financiamento para promover a melhoria das bases de dados a respeito de MGF, incluindo MGF transfronteiriça, e devem promover o aumento do número de intervenções para interromper a MGF transfronteiriça com

sistemas de avaliação robustos que identifiquem abordagens eficazes, como o envolvimento da diáspora.

Recomendações sobre medicalização

- A legislação deve proibir formas/contextos medicalizados de MGF, e devem ser realizadas campanhas e conscientização nacionais para evitar o foco em danos físicos ou na abordagem de redução de riscos. Planos de ação nacionais para promover o abandono de todas as formas de MGF devem incluir e se relacionar com profissionais da área médica, enquanto partes interessadas essenciais.
- Os currículos médicos devem incluir formação profissional a respeito das causas e consequências de MGF, e treinar e equipar profissionais da medicina para se relacionarem de forma significativa com as comunidades praticantes, de forma a influenciar o abandono da prática. Profissionais da área médica devem também ser equipados com treinamento e suporte para resistir à pressão da comunidade de realizar o procedimento de MGF.
- Associações médicas nacionais devem adotar códigos de conduta claros no sentido de proibir que profissionais da saúde realizem qualquer forma de MGF, e devem buscar revogar as licenças profissionais médicas de qualquer profissional da saúde que seja descoberto praticando qualquer forma de MGF, contrariando a ética médica.

Recomendações sobre o direito ao asilo

- Os governos devem respeitar e seguir seus compromissos regionais e internacionais sob o direito internacional de direitos humanos e o estatuto dos refugiados para oferecer asilo e condição de refugiadas a meninas e mulheres sob risco de MGF, independente da natureza jurídica da MGF no país de origem.
- Agências de guarda de fronteiras e oficiais de imigração devem receber treinamento e capacitação em MGF, incluindo suas causas nos países de origem, para auxiliar a avaliação de credibilidade eficaz. Isso deve incluir um enfoque em sensibilidade quanto à idade, gênero e diversidade, assim como ao impacto do trauma e violência.
- Estados-membro do Conselho da Europa devem ratificar e implementar integralmente a Convenção de Istambul, e oferecer mais apoio aos mecanismos de prevenção e resposta.

SUMÁRIO

Introdução	7
Terminologia: MGF ou EGF?	7
O sistema internacional de direitos humanos	7
Sistemas regionais de direitos humanos	9
Resumo de MGF	10
Motivadores e causas fundamentais de MGF	11
Normas sociais	11
Normas de gênero	11
Motivadores socioeconômicos	12
Religião	13
MGF em contextos humanitários e durante crises (incluindo COVID-19)	13
Consequências e impactos da MGF	15
Saúde	15
Acesso a serviços voltados para sobreviventes	16
Impactos socioeconômicos	16
Unões e Casamentos Infantis, Prematuros e Forçados (CEFMU) e MGF	17
Questões atuais	17
Criminalização de MGF	17
MGF transfronteiriça	18
Medicalização	19
O direito ao asilo e MGF	21
Referências	22

INTRODUÇÃO

O propósito desta declaração de políticas é reunir e suplementar o posicionamento da Plan International sobre mutilação genital feminina (MGF) conforme descrito em nossos manifestos, ao lado dos manifestos sobre direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva (SDSR) e da declaração Direitos de Crianças e Adolescentes de Viverem Livres de Violência. Além disso, ela extrai pesquisas conduzidas pela Plan International e outros, e a prática programática, e inclui estudos de caso de nosso trabalho global com o fim de:

- Oferecer posicionamentos e recomendações para guiar nossos programas e trabalhos de influência com MGF, incluindo nossas prioridades globais de influência, e;
- Focar em questões atuais essenciais, como a MGF em contextos humanitários, medicalização e criminalização de MGF.

A Estratégia Global da Plan International para 2022-2027, “Girls Standing Strong”, coloca MGF sob a Área de Distinção Global (AdDG) Decisão, que procura assegurar que meninas tenham “controle sobre suas vidas e seu corpo, e tomem decisões conscientes a respeito de identidade, relacionamentos, e se querem ou quando querem ter filhos.” Contudo, é notório que MGF é um problema complexo e multifacetado, conectado com diversas áreas temáticas como proteção contra violência, SDSR, educação, empoderamento econômico, desenvolvimento na pré-adolescência, e os direitos de meninas se envolverem na decisões a respeito de suas vidas. Consequentemente, a eliminação de MGF exige uma abordagem holística, abrangente e multisetorial que possa envolver comunidades inteiras e criar ambientes propícios para promover uma decisão coletiva de abandonar a prática.

Décadas de trabalho para eliminar MGF resultaram em progresso significativo: uma menina hoje tem 1/3 menos chances de ter sido submetida à MGF em relação a três décadas atrás.² Contudo, o crescimento populacional e o impacto de crises humanitárias, como a pandemia da COVID-19 significa que o ritmo atual de progresso precisa ser multiplicado em 10 vezes para que possamos alcançar o ODS 5.3.2: eliminar todas as práticas nocivas até 2030.³ Se incluirmos os efeitos da COVID-19, atualmente 70 milhões de meninas estão sob risco de sofrer MGF antes de 2030. Esta declaração de políticas foi desenvolvida com base nas evidências disponíveis atualmente para articular de forma clara os posicionamentos globais da Plan International sobre MGF em contextos em desenvolvimento e humanitários, visando garantir uma abordagem coesiva e harmonizada por toda a organização em apoio à eliminação de MGF em larga escala.

TERMINOLOGIA: MGF OU EGF?

O termo “mutilação genital feminina” foi cunhado pela primeira vez em 1975, pela antropóloga americana

Rose Oldfield Hayes⁴, e mais tarde foi popularizado em 1981 por Fran Hosken, uma ativista feminista americana.⁵ Houve debates consideráveis a respeito do uso da terminologia para se referir a mutilação genital feminina/excisão. Algumas sobreviventes, ativistas e organizações preferem utilizar o termo “excisão genital feminina” sob o argumento de que “mutilação” pode ser um termo carregado de julgamentos ou vitimização. Por outro lado, algumas ativistas sentem que “excisão” não reconhece de forma adequada a seriedade da prática enquanto uma violação de direitos humanos, que ajuda a promover a influência nacional e internacional para seu abandono. A Plan International utiliza o termo “**mutilação genital feminina**” (MGF), de acordo com a terminologia oficial da ONU em língua portuguesa, mas também adota uma abordagem inclusiva que acomoda pontos de vista diferentes.

Nada obstante, a MGF em si é conhecida ou retratada por comunidades praticantes por uma variedade de termos locais, como circuncisão feminina, khatna, sunnah e sunat perempuan, fanado de mindjers por exemplo. Termos locais devem ser utilizados de forma respeitosa ao trabalhar em conjunto com comunidades praticantes, a fim de evitar estigmatização e apoiar o diálogo aberto a respeito do abandono da prática.

O SISTEMA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS

A prática de MGF é uma violação de direitos humanos de meninas e mulheres, incluindo o direito de não sofrer qualquer forma de discriminação, o direito à vida e à integridade física, o direito de usufruir do mais alto padrão possível de saúde, o direito à educação, os direitos da criança, e a proibição de tortura e tratamento cruel, desumano ou degradante. A prática também representa uma forma extrema de violência baseada no gênero. No âmbito do direito internacional de direitos humanos, os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir direitos humanos, inclusive em relação a MGF. Isso inclui a obrigação de fiscalização para prevenir a prática de MGF onde ela seja realizada por terceiros e agentes não estatais.

O direito de não sofrer qualquer forma de discriminação

A MGF é uma prática realizada em meninas e mulheres com o propósito de controlar sua sexualidade e liberdade, e manter normas de gênero prejudiciais e rígidas baseadas em uma crença discriminatória a respeito do papel das mulheres na sociedade, como castidade, feminilidade e beleza. Como a prática é predominantemente realizada antes dos 15 anos, a MGF também discrimina com base na idade. O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra Mulheres também identificou que meninas e

mulheres em contextos rurais estão sob maior risco de MGF.⁶

O artigo 2 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) condena a discriminação contra a mulher em todas as suas formas. De acordo com o artigo 5, os Estados acordam em tomar as medidas apropriadas “para modificar os padrões socioculturais de conduta de homens e mulheres, com vistas a alcançar a eliminação dos preconceitos e práticas consuetudinárias, e de qualquer outra índole que estejam baseados na ideia de inferioridade ou superioridade de qualquer dos sexos ou em funções estereotipadas de homens e mulheres”. O direito de não sofrer discriminação também é protegido pelos artigos 2, 3 e 26 do Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP), pelos artigos 2 e 3 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), e pelo artigo 2 da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC).

Tanto o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra Mulheres quanto o Comitê sobre os Direitos da Criança condenaram especificamente a prática de MGF enquanto uma violação de direitos humanos, gerando a obrigação dos Estados de “proibir expressamente por lei e sancionar de forma adequada ou criminalizar práticas nocivas, de acordo com a gravidade da ofensa e da lesão causada, fornecer meios de prevenção, proteção, recuperação, reintegração e reparação para vítimas e de combate à impunidade para práticas nocivas”. Os comitês recomendam em conjunto que os Estados-Partes desenvolvam e adotem programas de conscientização abrangentes para desconstruir e mudar atitudes, tradições e costumes socioculturais subjacentes à conduta que perpetuam práticas nocivas.

O direito ao mais alto padrão possível de saúde

O direito à saúde está consagrado no artigo 12 do PIDESC, além do artigo 24 da CDC e do artigo 12 do CEDAW. Ele também está consagrado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). A MGF resulta em uma série de consequências de longo e curto prazo à saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva de meninas e mulheres. Complicações geradas pela prática podem incluir sangramento, infecções, transtorno de stress pós-traumático e até a morte. Mulheres que foram submetidas a MGF têm mais chances de ter parto prolongado e fístula obstétrica. A prática foi reconhecida pelo Relator Especial da ONU sobre Direito à Saúde como constituindo uma “violação grave da liberdade sexual e reprodutiva”, o que é “fundamentalmente e inerentemente inconsistente com o direito à saúde”.⁷

Direitos da criança

O artigo 24(3) da CDC exige que os Estados adotem todas as medidas eficazes e adequadas para eliminar práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança. Também dispõe que o direito da criança deve ser protegido contra todas as formas de violência, incluindo violência física, sexual ou psicológica (artigo 19) e exige que os Estados garantam que nenhuma criança seja submetida a tortura ou outros tratamentos

ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (artigo 37, a). A MGF também viola os melhores interesses da criança contidos no artigo 3 da CDC.

O direito à vida e à integridade física

O direito à vida é considerado um direito humano básico, sendo protegido por diversas convenções internacionais, incluindo o artigo 6 do PIDCP, que dispõe que o direito à vida é inerente a toda pessoa humana. A MGF é uma violação do direito à vida nos casos extremos em que a prática resulta em morte. O direito à vida também é protegido pelo artigo 3 da DUDH.

O direito à integridade física é protegido pelo artigo 1 da DUDH e pelo artigo 9 do PIDCP. Ele também engloba diversos princípios de direitos humanos, como da autonomia e integridade corporal, que incluem capacidade de um indivíduo de exercer autoridade e poder sobre o próprio corpo, sem sofrer violência ou coerção. A MGF geralmente é realizada em meninas entre o nascimento e os 15 anos de idade, abaixo da idade de consentimento informado, e geralmente envolve coerção violenta para sujeitar meninas à prática, contra sua vontade. A prática também tem consequências graves e substanciais para a saúde física, psicossocial e sexual de meninas e mulheres ao longo da vida, impedindo, portanto, que uma menina seja capaz de exercer integralmente sua vida sexual e emocional e seu desenvolvimento pessoal.⁸

Tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

A proibição da tortura é uma norma aceita e reconhecida pela comunidade internacional com base no direito internacional consuetudinário; ela não pode ser derogada por nenhum Estado em qualquer circunstância, e os torturadores podem ser processados pelo crime em qualquer país, independente de onde a tortura tenha ocorrido, à luz do princípio da jurisdição universal.

O artigo 1 da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura define tortura como “qualquer acto pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa” por motivos incluindo “baseados em discriminação de qualquer natureza, quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência”. A MGF, que causa dores e sofrimentos agudos e é infligida intencionalmente a meninas e mulheres por motivos de discriminação de gênero, enquadra-se na definição de tortura vez que é realizada com o consentimento ou aquiescência de um funcionário público, e o Estado não previne, investiga, processa criminalmente ou pune agentes não estatais que praticam MGF.

A proibição absoluta da tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes também está consagrada no artigo 7 do PIDCP, bem como no artigo 37 da CDC. Também está inclusa no artigo 5 da DUDH.

A MGF é reconhecida como equivalente a uma forma de tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante pelo Comitê da ONU contra a Tortura, pelo Relator Especial da ONU sobre Violência contra as Mulheres, e pelo Relator Especial da ONU sobre Tortura com base na Convenção contra a Tortura. O ex-Relator Especial sobre Tortura, Manfred Nowak, reconheceu que a dor infligida pela MGF não cessa com o procedimento inicial, mas geralmente continua enquanto uma forma de tortura contínua ao longo da vida de uma mulher.⁹

Embora a prática geralmente seja realizada em privado por agentes não estatais, ela pode constituir uma forma de tortura **se os Estados não cumprirem seu dever de tomar todas as medidas necessárias para eliminar a prática**, incluindo investigar e, de acordo com a legislação nacional, punir a MGF para combater a impunidade da prática. Os Estados que, portanto, não proibirem a MGF na legislação nacional, ou que autorizarem qualquer forma de MGF, incluindo versões medicalizadas da prática, podem então estar aquiescendo ou consentido à tortura.¹⁰ Em um contexto de asilo, o princípio do *non-refoulement* significa que meninas e mulheres sob risco de se submeterem ou serem submetidas a MGF em seu país natal não devem ser deportadas ou extraditadas sob a premissa de que a prática constitui uma forma de tortura.¹¹

Documentos de consenso internacional

Embora não constituam formas vinculantes de direito internacional, documentos de consenso internacional formam direito internacional “indireto” e podem ser altamente persuasivos. Diversos documentos de consenso internacional reconhecem MGF como uma violação de direitos de meninas e mulheres e afirmam as obrigações de todos os Estados de tomarem medidas para eliminar a prática em todas as suas formas.

A MGF é reconhecida como uma forma de violência contra as mulheres na Declaração e Plataforma de Ação da Conferência de Pequim em 1993,¹² com Estados se comprometendo a priorizar programas de educação formal e informal que destaquem a eliminação de práticas nocivas, incluindo MGF, para promulgar e aplicar a legislação contra os autores de MGF, e apoiar os esforços de organizações não governamentais (ONGs) e organizações comunitárias trabalhando para eliminar a prática.

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento¹³ (CIPD) de 1994 também instou os Estados a proibirem MGF onde quer que exista e a apoiarem ONGs, organizações comunitárias e instituições religiosas para eliminar a prática. Isso deve incluir “programas de forte alcance às comunidades, envolvendo líderes comunitários e religiosos, educação e consultoria a respeito dos impactos na saúde das meninas e mulheres, e tratamento e reabilitação adequados para meninas e mulheres que tenham sofrido mutilação. Os serviços devem incluir consultorias para mulheres e homens, para desencorajar a prática. O Programa de Ação também instou os governos a assegurarem que a MGF seja componente integral dos serviços de saúde

primários, incluindo programas de serviços de saúde reprodutiva.

Em 2012, a Assembleia Geral da ONU aprovou uma Resolução “Intensificando os esforços globais para a eliminação da mutilação genital feminina” por consenso, o que destacou a necessidade de os Estados desenvolverem uma visão estratégica de longo prazo para eliminar a prática, combinando medidas legislativas e a proteção de meninas e mulheres por meio do desenvolvimento de planos de ação e estratégias nacionais abrangentes. A resolução também insta a comunidade internacional a apoiar o fim da prática por meio de alocação de recursos financeiros.

Todos os Estados reafirmaram o compromisso com a meta 5.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para eliminar todas as práticas nocivas, como o casamento infantil, precoce e forçado e as mutilações genitais femininas, até 2030.

SISTEMAS REGIONAIS DE DIREITOS HUMANOS

O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos Relativo aos Direitos da Mulher em África¹⁴ (O Protocolo de Maputo) proíbe todas as formas práticas nocivas, incluindo MGF (artigo 5) e obriga os Estados-Partes a tomarem medidas para garantir que a prática de MGF seja eliminada. Além disso, o artigo 21 da Carta Africana dos Direitos e do Bem-Estar da Criança¹⁵ também proíbe “costumes e práticas prejudiciais à saúde ou vida da criança”. O artigo 25 da Carta Africana da Juventude também exige a eliminação de práticas socioculturais nocivas, instando os Estados-Partes a tomarem as medidas apropriadas para eliminar tais práticas que afetam o bem-estar e a dignidade da juventude, com um enfoque maior em costumes e práticas que prejudicam a saúde, a vida ou a dignidade da juventude, e as que discriminam com base em gênero, idade ou outras condições.¹⁶

A Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica¹⁷ (A Convenção de Istambul) exige que os Estados, com base no artigo 38, tomem as medidas necessárias para assegurar que a conduta que leva à MGF seja criminalizada.

RESUMO DE MGF

A MGF, é definida pela OMS como “todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos, ou qualquer outra lesão aos órgãos genitais das mulheres sem justificativa médica”.¹⁸

A OMS ainda classifica quatro tipos principais de MGF:¹⁹

- **Tipo 1:** a remoção parcial ou total da glândula clitoriana (a parte externa e visível do clitóris, que é uma parte sensível dos órgãos genitais femininos), e/ou o prepúcio/ capuz do clitóris (a dobra da pele que envolve a glândula clitoriana).
- **Tipo 2:** A remoção parcial ou total da glândula clitoriana e dos pequenos lábios (as dobras interiores da vulva), com ou sem a remoção dos grandes lábios (as dobras de pele externas da vulva).
- **Tipo 3:** Também conhecido como infibulação, é a obstrução da abertura da vagina por meio da criação de um laço de cobertura. O laço é formado pelo corte e reposicionamento dos pequenos lábios, ou grandes lábios, por vezes através de suturas, com ou sem a remoção do prepúcio/ capuz do clitóris e glândulas.
- **Tipo 4:** Inclui todos os outros procedimentos realizados nos órgãos genitais femininos sem justificativa médica, ex. punção/picar, perfuração, incisão/corte, escairificação e cauterização da área genital.

A **desinfibulação** se refere à prática de abrir com uma incisão a entrada vaginal selada (de uma mulher que tenha sido infibulada – MGF Tipo 3), o que é necessário para permitir o coito ou facilitar o parto. O termo **reinfibulação** se refere à prática de suturar novamente o tecido cicatricial resultante da infibulação depois que uma mulher tenha sido desinfibulada. A reinfibulação pode acontecer depois que uma mulher tenha sido desinfibulada para permitir o coito ou o parto.

Muitas meninas e mulheres não sabem o “tipo” de MGF a que foram submetidas, e uma menina ou mulher que pensa ter um tipo específico pode, mediante examinação, descobrir que foi submetida a outra forma. Algumas meninas e mulheres que foram cortadas muito jovens podem não saber sequer que sofreram MGF. **Todos os “tipos” de MGF são uma violação de direitos humanos e uma forma de violência baseada no gênero com impactos graves sobre a saúde física, mental e psicossocial de meninas e mulheres, assim como sobre seus êxitos socioeconômicos na vida.**

A prática **não possui benefícios à saúde** e pode causar graves problemas de saúde física e psicossocial, como sangramento, infecções, transtorno de stress pós-traumático e até a morte. É uma violação de direitos humanos de meninas e mulheres, incluindo à sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e representam uma forma de violência

baseada no gênero. A prática também é uma grave violação dos direitos da criança, vez que geralmente é realizada em meninas antes que atinjam os 15 anos de idade, sendo a maioria cortada antes dos 5 anos de idade. Todos os Estados se comprometeram a eliminar a prática, por meio do ODS 5.3.2, e por meio da adoção da Resolução da Assembleia Geral da ONU em “Intensificando os esforços globais para a eliminação da mutilação genital feminina”.²⁰

A MGF é um problema global que requer uma resposta global.²¹ Estima-se que 200 milhões de meninas e mulheres sofreram MGF apenas nos 31 países em que há dados disponíveis. Mais da metade das vítimas afetadas vivem no Egito, Etiópia e Indonésia. Atualmente, 4,1 milhões de meninas são submetidas a MGF todos os anos só nesses 31 países, número que aumentará para 4,6 milhões de meninas até 2030 se as atuais taxas de abandono da prática não aumentarem em 10 vezes, acompanhando o crescimento populacional.²² Dos pelo menos 96 países em que se sabe que a prática ocorre, atualmente apenas 31 relatam dados de nível nacional a respeito de MGF. O verdadeiro número de meninas e mulheres afetadas pela prática é muito maior. Além disso, os impactos da pandemia da COVID-19 significam que mais 2 milhões de casos de MGF precisarão ser evitados para que se alcance a meta 5.3 dos ODS, de eliminar todas as práticas nocivas até 2030.²³

Embora o fardo global da MGF tradicionalmente recaia sobre a África Ocidental e Oriental, a prática é prevalente na Ásia e na região do Oriente Médio/África do Norte, assim como em populações diaspóricas por todo o mundo. É preciso observar, também, que práticas que representam MGF foram realizadas em meninas e mulheres na Europa e América ainda nos séculos 19 e 20 como uma “cura” para “histeria”, doenças mentais e masturbação.²⁴ Também existem relatórios anedóticos de que MGF talvez seja praticada por comunidades cristãs conservadoras nos EUA.²⁵

A MGF geralmente é realizada em meninas jovens entre o nascimento e os 15 anos de idade. Em cerca da metade dos países com dados nacionalmente representativos, a maioria das meninas são cortadas antes dos 5 anos de idade. Contudo, há exceções notáveis em países como Quênia, Egito, e na República Centro-Africana, onde a prática é realizada na adolescência.²⁶ Em países onde meninas se submetem à prática em idades mais avançadas, a idade para a realização parece estar diminuindo.²⁷ A MGF é tradicionalmente realizada por mulheres mais velhas na comunidade ou por parteiras tradicionais. Espantosamente, cerca de 1 a cada 4 meninas e mulheres atualmente relataram terem sido cortadas por um profissional da saúde, e a proporção dobra entre adolescentes, o que indica um aumento da medicalização de MGF.²⁸

Em 2020, antes da COVID-19, a UNFPA estimava que o custo da eliminação de MGF nos 31 países com dados nacionalmente representativos somava US\$ 2,4 bilhões. Contudo, o gasto estimado com assistência de desenvolvimento era de apenas US\$ 275 milhões, deixando um déficit de US\$ 2,1 bilhões. A UNFPA

ainda estimou que o custo médio da prevenção de um caso de MGF era de US\$ 95.²⁹ Paralelamente, a OMS estima que só o tratamento de complicações de saúde geradas por MGF em 27 países de alta incidência custa US\$ 1,4 bilhões por ano.³⁰

O Comitê sobre os Direitos da Criança expressou a preocupação de que a circuncisão de crianças do sexo masculino, assim como outros ritos de iniciação, possam ter impactos negativos em determinados contextos.³¹ Contudo, isso não é comparável à MGF e à violência baseada no gênero, ao trauma, e às complicações de saúde a longo prazo, incluindo a morte, vivenciadas por aquelas que foram submetidas à MGF.

MOTIVADORES E CAUSAS FUNDAMENTAIS DE MGF

NORMAS SOCIAIS

A prática de MGF é amplamente reconhecida como uma norma social / de gênero.³² Isso significa que a prática é sustentada por uma série complexa de crenças, expectativas, sanções e benefícios que são atribuídos em uma determinada comunidade. As famílias inseridas em uma comunidade decidem cortar suas filhas em razão de acreditarem que outras pessoas na comunidade *também* cortaram suas filhas, mas também porque acreditam que a comunidade *espera* que elas cortem suas filhas. Ao cortar a filha, a família sabe que ela será aceita em sua comunidade e pelos pares. Ela poderá obter um preço de noiva

maior ou ser uma noiva mais desejável, se for cortada. Se não for cortada, ela pode ser ostracizada pela comunidade por rejeitar a cultura e a tradição. Talvez seja vista como “suja” ou “impura”, e pode ter dificuldades em encontrar um marido. Em tais circunstâncias, mudanças em atitudes pessoais em relação a MGF não necessariamente levam a mudanças na prática de MGF. Isso porque, embora atitudes possam mudar individualmente, é necessário um processo mais coletivo para atingir uma mudança na prática. Isso é particularmente notável em sociedades caracterizadas por valores coletivistas, que atribuem menos valor à autoridade individual, às quais pertencem muitas das comunidades afetadas por MGF.

Normas legais e morais, que são distintas das normas sociais, podem apoiar ou proibir a prática de MGF, auxiliando ou restringindo o ambiente propício para a mudança das normas sociais. Por exemplo, em lugares onde as comunidades não abandonaram a MGF e continuam a valorizar a prática, a criminalização da MGF pode levar as comunidades a continuarem de forma clandestina, dificultando a identificação da prática e o trabalho eficaz para que ela seja abandonada. **Eliminar a MGF de forma bem-sucedida e sustentável exige uma abordagem holística e multissetorial que envolve comunidades inteiras em diálogos abertos e livres de julgamentos, e que ajude as comunidades a decidirem por si próprias abandonar a prática de forma coletiva.**

NORMAS DE GÊNERO

As normas de gênero são um subconjunto de normas sociais que definem os comportamentos esperados de pessoas de diferentes gêneros em um determinado grupo ou sociedade, ao ponto de terem se tornado uma parte profunda do senso de individualidade das pessoas. Geralmente são específicas à idade e são influenciadas por outros marcadores identitários (etnia ou classe social, por exemplo). Elas refletem e sustentam uma hierarquia de poder e privilégio que

ESTUDO DE CASO: PLAN INTERNATIONAL ETÍOPIA – ABORDAGENS HOLÍSTICAS COM A COMUNIDADE

A Plan International Etiópia trabalhou em parceria com a Beza Posterity Development Organization e órgãos governamentais para realizar uma série de eventos de capacitação em consciencialização sobre MGF e eventos educacionais para a comunidade. Isso reuniu os membros da comunidade - professores, pais, jovens, líderes religiosos, “cortadores” – em diálogos abertos e eventos para tratar das normas sociais prejudiciais subjacentes à prática. Clubes de Meninas nas escolas promoveram a resiliência contra práticas nocivas. Para as sobreviventes de MGF, praticantes trabalharam para melhorar a coordenação da gestão de casos médicos, e ofereceram apoio psicossocial, médico e econômico.

7.480 membros da comunidade se envolveram, havendo relatos de 231 casos de prevenção de MGF, e de 69% de “cortadores” escolhendo interromper a prática e se tornarem voluntários, para consciencializar a respeito dos impactos negativos da MGF.

“Eu era criança quando fui circuncidada e não sabia o que estava acontecendo comigo. Decidi servir como voluntária para lutar contra MGF. Recebi um treinamento básico sobre MGF e aprendi e compreendi seus impactos negativos. Eu sirvo às comunidades por meio de fóruns de diálogos e discussões com pares, e consciencializo mulheres que darão à luz, no centro de saúde.

Zehara Ali Mirah, 21, voluntária, Etiópia.

tipicamente favorece as pessoas consideradas homens ou masculinas, em detrimento das que são consideradas mulheres ou femininas. As normas de gênero estão integradas nas instituições, enraizadas na mente das pessoas e são reforçadas pelas ações das pessoas. São sustentadas por recompensas e sanções sociais, e, não raro, por violência. Elas exercem um papel na modelagem do acesso geralmente desigual de meninas e mulheres a recursos e liberdades, afetando a voz, autoridade e poder.³³

A prática de MGF é mantida e reforça, ao mesmo tempo, normas de gênero e estereótipos discriminatórios e profundamente nocivos, que define os limites das aspirações de uma menina. Embora as famílias e as comunidades com frequência cite razões culturais, religiosas e sociais para praticar MGF, a justificativa geralmente é focada em normas de gênero prejudiciais, como a de que meninas e mulheres devem ser puras e modestas, de que meninas e mulheres têm menor valor econômico do que meninos e homens, a crença de que meninas não cortadas são “sujas” e feias, ou que cortar uma menina é um rito de passagem para que ela se torne mulher.³⁴ A prática geralmente é muito relacionada aos conceitos de virgindade e fidelidade, e geralmente é realizada como uma forma de controlar a sexualidade feminina para garantir castidade antes do casamento, e fidelidade após.³⁵ Da mesma forma, os impactos da MGF sobre uma menina, por outro lado, podem resultar em complicações de saúde que duram a vida toda, limites ao seu acesso à educação e oportunidades econômicas, e acesso a poder e autoridade dentro de sua própria família e comunidade. Considerando que a prática é realizada, majoritariamente em meninas antes dos 5 anos, mas por vezes até os 15 anos, a prática priva meninas de seu direito de tomar decisões autônomas a respeito de seu corpo e autonomia corporal.³⁶

Dar suporte às comunidades para que abandonem a prática de MGF de forma sustentável e significativa exige transformação dessas normas de gênero

prejudiciais. Abordagens transformadoras de gênero ativamente examinam, questionam e buscam mudar normas de gênero rígidas e discriminatórias e desequilíbrios de poder que privilegiam meninos e homens em detrimento de meninas e mulheres.³⁷ Abordagens transformadoras de gênero bem-sucedidas envolvem crianças e jovens desde cedo na desconstrução de esterótipos de gênero prejudiciais e os equipam com o conhecimento, poder e autoridade para exercerem totalmente seus direitos. Elas também funcionam envolvendo comunidades inteiras na desconstrução de relações de poder, inclusive por meio da criação de um ambiente propício que envolve homens e meninos, líderes religiosos e tradicionais, e anciãos da comunidade, tanto homens quanto mulheres em particular, como defensores ativos para a eliminação da MGF, e garantindo sua igualdade de gênero.

MOTIVADORES SOCIOECONÓMICOS

A etnia é o factor mais significativo subjacente à prevalência de MGF. Em grande parte, isso se dá pelo facto de que os membros de determinados grupos étnicos aderem às mesmas normas, incluindo a prática de MGF, que geralmente é vista como um marcador de identidade comunitária, particularmente onde a prática serve como rito cultural de passagem ou iniciação. Por exemplo, enquanto a taxa de prevalência nacional de MGF no Quênia atualmente é de 21%, a prática está muito concentrada em Kisii e em grupos étnicos Somali em regiões de fronteira, e chega a ser quase zero entre mulheres mais jovens de outros grupos étnicos.³⁸ Membros do mesmo grupo étnico também têm mais chances de aderirem ao mesmo conjuntos de normas sociais, independente de onde vivem, o que tem feito a prática transcender as fronteiras nacionais onde grupos étnicos estão concentrados, como em contextos migratórios em diásporas na Europa, Austrália e nos Estados Unidos.³⁹ Contudo, as evidências também mostram que a prevalência de MGF em meio ao grupo étnico Poular na África Oriental, por exemplo, varia de forma

ESTUDO DE CASO: PLAN INTERNATIONAL SUDÃO & PLAN INTERNATIONAL GUINÉ— PROMOVENDO O ENVOLVIMENTO MASCULINO

Reconhecendo a importância do envolvimento masculino para lidar com as normas sociais e de gênero negativas subjacentes à MGF, os escritórios da Plan International colaboram e trabalham com homens em comunidades, como agentes da mudança.

No estado do Nilo Branco, a Plan International Sudão treinou 31 líderes religiosos e 171 facilitadores homens para trabalharem em suas comunidades consciencializando e influenciando contra MGF. Na Guiné, mais de 10.368 homens no distrito de Coyah receberam auxílio na compreensão e envolvimento com a questão. As atividades realizadas por ativistas homens incluíam eventos comunitários públicos, o pacto de ritos de iniciação alternativos, diálogos intergeracionais e comunicação com líderes religiosos e profissionais de saúde.

“A lei, artigo 141 que criminaliza MGF, me dá a esperança de que a mudança pode ser real.”

Sheikh Alnayer Youif, 60, fazendeiro e líder religioso, Sudão.

“Ontem, a excisão era uma tradição que incentivávamos, era até obrigatória para nossas filhas. Hoje compreendemos que não é mais uma boa prática, e que as consequências são enormes.”

Sr. Abdoulaye, Chefe do Distrito de Bangouya, Guiné.

considerável dependendo do contexto nacional em que o grupo se situa.⁴⁰ Isso aponta a importância de grupos de referência na mudança de normas sociais, vez que os grupos Poular em áreas de baixa prevalência talvez se sintam menos pressionados a se conformarem à prática, ou até mesmo se sintam pressionados a abandonarem a prática.

Em alguns contextos onde ocorre MGF, a urbanização, o aumento da renda familiar e oportunidades educacionais melhores foram associados ao abandono de MGF. Isso porque zonas rurais geralmente são menos expostas à diversidade cultural, o que impede o questionamento de crenças duradouras e profundamente enraizadas, o que é necessário à mudança de normas sociais.⁴¹ Em 22 dos 31 países com dados de nível nacional sobre MGF, menos da metade da população vive em centros urbanos.⁴² Contudo, há exceções notáveis, como a Indonésia, onde 56% das meninas que sofreram MGF vivem em zonas urbanas⁴³.

Baixa renda familiar e pobreza também são associados a altas taxas de MGF, de forma que meninas de famílias mais ricas têm menos chances de serem cortadas. No mesmo sentido, há uma correlação entre taxas mais altas de MGF em filhas de mulheres sem instrução, que diminui de forma substancial conforme o nível de escolaridade da mãe aumenta. Mulheres com níveis de escolaridade mais altos também têm mais chances de se oporem à prática de MGF. Assim como na maioria dos motivadores da prática de MGF, há exceções a tais padrões, ex. na Nigéria⁴⁴. A etnia, renda familiar, residência urbana ou rural e nível de escolaridade da mãe provavelmente se comunicam, no sentido de que uma mulher que vive em uma zona urbana tem mais chances de ter um nível de instrução maior e uma renda familiar mais alta, podendo assim ter menos chances de facilitar ou consentir ao corte de sua filha.⁴⁵

RELIGIÃO

As comunidades e indivíduos geralmente citam a crença de que MGF é uma exigência de sua religião. Por exemplo, na Somália e na Somalilândia, estima-se que 99,2% das mulheres de 15 a 19 anos sofreram MGF, com 72% delas acreditando que é uma exigência religiosa.⁴⁶ Contudo, a prática não é aceita e não é uma exigência de religião alguma. Acredita-se que a MGF se originou entre 2.000 e 5.000 anos atrás no Egito,⁴⁷ de forma que antecede as religiões modernas do judaísmo, cristianismo e islão. Sabe-se que comunidades de todas as religiões e fés praticam MGF, inclusive o cristianismo, islão, judaísmo e religiões indígenas. Ademais, apenas certas comunidades de uma determinada fé praticam MGF, indicando que MGF é uma prática cultural ou tradicional que foi passada de geração em geração.

A confusão em particular a respeito da relação entre MGF e o islão se perpetuou em nível comunitário, em razão do uso de termos religiosos para se referir à prática, ex. se referir ao corte “Sunna”, que é um termo religioso islão com conotações de uma prática recomendada pelo Profeta Maomé.⁴⁸ De acordo com o

Sharia, para que uma prática seja considerada “religiosa” sob o islão, a prática deve ter base no Alcorão ou no Sunna (práticas estabelecidas exemplificadas ou aprovadas pelo Profeta Maomé).

O Alcorão não menciona MGF ou circuncisão feminina, mas alerta claramente contra infligir lesões de forma deliberada a si mesmo ou a outras pessoas, e contra as tentações de alterar a forma criada por Deus.⁴⁹ No mesmo sentido, os poucos hádices (relatos de declarações ou ações do Profeta), sobre os quais proponentes de MGF se baseiam para justificar a prática de MGF como sendo islâmica, são considerados fracos e inautênticos por acadêmicos islâmicos. Também não há evidências de que qualquer mulher membro da morada do Profeta Maomé tenha sido submetida à circuncisão.⁵⁰

Embora haja uma ampla divergência de opiniões entre os acadêmicos islâmicos e os líderes religiosos, muitos acadêmicos islâmicos, como a prestigiosa Universidade Al-Azhar, se manifestam ativamente contra a prática de MGF, reconhecendo que não é uma prática islâmica. Isso inclui a emissão de diversas fátuas proibindo a prática, como uma fátua publicada pelo Conselho Supremo dos Estudiosos de Al-Azhar em 2007, que declarou que a MGF não se embasa no Sharia, mas também que é um pecado e deve ser evitada. Embora sejam necessárias mais pesquisas, em contextos onde a prática de MGF é associada a religião, trabalhar em conjunto com líderes religiosos e envolvê-los pode ser um meio eficaz de auxiliar tais comunidades a abandonarem a prática.⁵¹

MGF EM CONTEXTOS HUMANITÁRIOS E DURANTE CRISES (INCLUINDO COVID-19)

Contextos de situações e crises humanitárias têm um impacto desproporcional sobre meninas e mulheres, considerando que exacerbam as desigualdades de gênero estruturais existentes, muitas das quais também são causas fundamentais de MGF.⁵² Contextos humanitários habitualmente levam a maiores taxas de violência baseada no gênero, incluindo uniões e casamentos infantis, prematuros e forçados (CEFMU) e MGF, e os parâmetros mínimos exigem que todos os agentes humanitários *presumam* que a violência aumenta durante esses períodos.⁵³ A incidência de MGF em emergências é pouco pesquisada, mas a literatura e consenso disponíveis indicam de forma extensa que as necessidades e direitos de meninas sob risco ou sobreviventes de MGF são negligenciados em respostas e programas humanitários, e têm sido frequentemente preteridos por doadores e formadores de políticas.⁵⁴ Uma análise de dados sobre financiamento humanitário global reportado ao FTS (Financial Tracking Service) em 2016, 2017 e 2018 apontou que o financiamento dedicado a VBG totalizou apenas 0,12% de todo o financiamento humanitário; sendo o valor dedicado diretamente à eliminação de MGF provavelmente muito baixo.⁵⁵

Os impactos de situações ou crises humanitárias na prática de MGF são multifacetados. Em situações em que crises humanitárias resultam no deslocamento de populações, a prática cultural migra com a comunidade. Uma pesquisa realizada pela Plan International em Mali apontou que as famílias que não praticavam MGF e que se deslocaram internamente do Norte, tendo fugido para viver no Sul, onde a MGF é muito mais prevalente, estavam sendo ostracizadas por não cortarem suas filhas. Elas se sentiam pressionadas a realizar MGF em suas filhas. No mesmo sentido, relatos da mídia do Egito sugerem que refugiados sírios começaram a realizar a prática em suas filhas, para que possam se assimilar à cultura local, provavelmente influenciados por pressões econômicas e preocupações com as perspectivas de casamento das meninas.⁵⁶ Situações humanitárias podem, portanto, influenciar a prática conforme as normas sociais de grupos de referência mudam de acordo com a migração da população. Embora populações não praticantes sejam pressionadas a adotar a prática, são necessárias mais pesquisas para averiguar se as dinâmicas populacionais reversas apresentariam oportunidades para o abandono coletivo da prática, em casos de comunidades praticantes que migram para áreas de baixa prevalência.

O impacto de crises humanitárias, incluindo as causadas pelas mudanças climáticas,⁵⁷ também demonstraram resultar na adoção ou aumento da prática de MGF por comunidades, como uma estratégia de enfrentamento negativa e como um meio de lidar com a instabilidade, deterioração da renda e com a escassez de recursos econômicos. Isso é particularmente notável em lugares onde a prática é vista como pré-requisito para o casamento, vez que meninas cortadas podem receber um preço de noiva mais alto,⁵⁸ o que demonstra as conexões significativas entre MGF e CEFMU. Evidências anedóticas da pandemia da COVID-19 também demonstram o impacto que as crises têm sobre as normas sociais, incluindo MGF. Por exemplo, relatos do distrito Curia no Quênia demonstraram que anciãos e chefes da comunidade culpavam a pandemia pelo aparente abandono de suas práticas tradicionais e culturais pela comunidade, incluindo MGF, o que enfureceu os deuses.⁵⁹

As crises humanitárias interrompem o acesso aos serviços necessários para sobreviventes de MGF, nomeadamente serviços de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR), bem como o acesso a comunidades sob risco por iniciativas de programas comunitários, para prevenção.⁶⁰ Adotar e implementar uma abordagem denexo humanitário-desenvolvimento-paz (nexo HDP) de forma eficaz em intervenções de MGF oferece uma potencial solução ao duplo desafio enfrentado por meninas sob risco de MGF, que não têm acesso a programas baseados em desenvolvimento durante períodos de crise, e cujos serviços pertinentes têm sido sistematicamente preteridos por agentes humanitários sob a justificativa de que não são considerados essenciais ou não salvam vidas⁶¹. Situações humanitárias não raro resultam no aumento de taxas de violência sexual e de gênero (VSG), que colocam sobreviventes de MGF

sob grave risco de maiores impactos físicos e psicológicos como resultado do trauma e das consequências físicas de saúde existentes, causadas pela MGF. Por exemplo, meninas de 10 anos ou mais, que vivem em campos de refugiados no Sudão, engravidaram como resultado de estupro, e subsequentemente sofreram diversas complicações graves no parto, em razão de sua idade e condição de MGF⁶². Dessa forma, o tratamento contínuo e a manutenção do acesso a serviços, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva e VBG, são vitais para sobreviventes de MGF durante crises humanitárias, em que a interação da MGF com o aumento da incidência de outras formas de VSG, como o estupro, têm maior probabilidade de se manifestarem.

Tomar uma abordagem de nexo HDP para eliminar a MGF em contextos de crise promoveria um enfoque maior na identificação de potenciais vulnerabilidades e riscos para meninas em comunidades praticantes de MGF, olhando além das necessidades imediatas e agudas.⁶³ Evidências da resposta à pandemia da COVID-19 demonstram que prestadores de serviços locais e comunitários são os mais bem posicionados em períodos de crise para mobilizar a mudança, identificar soluções e responder às crises em suas comunidades.⁶⁴ Fortalecer e formar parcerias com organizações locais e prestadores de serviços comunitários pode neutralizar as interrupções de fornecimento de serviços durante períodos de emergência e garantir o tratamento contínuo e o acesso a serviços.⁶⁵

Como resultado da COVID-19, a UNFPA estima que 2 milhões de casos de MGF, que teriam sido evitados, podem ocorrer na próxima década. As consequências das restrições da COVID-19 levaram a atrasos e interrupções de programas, em especial em nível comunitário, para promover o abandono da MGF. Tais atrasos foram amplificados por lockdowns e ordens para ficar em casa ou toque de recolher, medidas que resultaram no fechamento de escolas e outros espaços seguros, mantendo meninas em casa, onde estão sob maior risco de serem submetidas a MGF e a CEFMU. Uma pesquisa realizada pela Plan International na Somália em maio de 2020 trouxe evidências de que os “cortadores” se dirigiam de porta em porta para realizar serviços de MGF em Mogadíscio. No mesmo sentido, uma avaliação rápida conduzida pela UNFPA na Somália e na Somalilândia apontou que 31% dos respondentes declararam ter havido um aumento na MGF comparado com antes da pandemia,⁶⁶ ao passo que uma pesquisa realizada pelo Save The Children em 2020 no campo de refugiados Dadaab, no Quênia, apontou que 75% dos agentes de proteção infantil relataram um aumento de 20% na mutilação genital feminina.^{67/68}

As medidas de lockdown também foram responsáveis pelo enfraquecimento dos sistemas de justiça, proteção e saúde em países onde já eram inadequados, o que resultou em sobreviventes de MGF sofrendo atrasos significativos no acesso à justiça e à proteção legal, como prisão e processo criminal dos autores⁶⁹. No mesmo sentido, conforme visto entre o Quênia e a Uganda, o enfraquecimento

ESTUDO DE CASO: PLAN INTERNATIONAL SOMÁLIA – INFLUÊNCIA PARA CRIAR UM SISTEMA JURÍDICO

No contexto da COVID-19, secas e deslocamento interno, a Plan International Somália, em parceria com a Network Against FGM na Somalilândia (NAFIS), colaborou com jovens, ministros do governo e os principais líderes tradicionais e religiosos para tratar da MGF e melhorar os sistemas de apoio infantil na Somalilândia.

Meninas adolescentes desenvolveram e ministraram atividades de influência contra MGF, resultando em uma plataforma de mídia social para compartilhamento entre pares de mensagens positivas e de suporte. Os líderes tradicionais e religiosos participaram de transmissões em rádios nacionais, acompanhadas de uma campanha na televisão, cartazes e panfletos para alcançar uma audiência mais ampla. O projecto forneceu suporte técnico e orientação ao Ministério do Emprego, Assuntos Sociais e Família, que possibilitou a coordenação eficaz entre agentes nacionais. O modelo *bottom-up* uniu a ação em nível comunitário às vozes consolidadas em nível nacional das ONGs, dos líderes religiosos e do governo.

Como resultado, o Estatuto da Criança e do Adolescente foi aprovado enquanto um marco legal para proteger crianças, e, após ter atingido o consenso, a política de MGF foi submetida ao parlamento para discussão.

de estruturas de policiamento de fronteiras como resultado do lockdown levou a um aumento das travessias da Uganda para o Quênia em busca de profissionais praticantes de MGF, em março de 2020.⁷⁰ Por outro lado, os lockdowns que resultaram na falta de acesso a serviços também resultaram em uma diminuição positiva da prática de MGF medicalizada, vez que as comunidades praticantes tiveram dificuldades em acessar profissionais da saúde para realizarem o corte, e os próprios serviços de saúde mudaram para priorizar a resposta à COVID-19. Por exemplo, na Nigéria, onde 12,7% das MGF são realizadas por profissionais da saúde, relatórios indicaram que as restrições de deslocamento evitaram que famílias no estado de Enugu se dirigissem a clínicas médicas para a realização de MGF.⁷¹ Logo, planos de resposta a emergências de saúde pública podem oferecer oportunidades para deter a prática de MGF. Por exemplo, a resposta da Serra Leoa à epidemia de Ebola de 2014 impôs uma proibição e multa significativa à prática de MGF, por receio de que espalharia a doença, o que levou a um declínio temporário, ainda que dramático e substancial, na prevalência de MGF na Serra Leoa durante a epidemia.⁷²

CONSEQUÊNCIAS E IMPACTOS DA MGF

SAÚDE

A prática de MGF não possui benefícios à saúde comprovados. Todas as formas de MGF são prejudiciais à saúde e ao bem-estar físico e psicossocial de meninas e mulheres durante toda a vida, inclusive à sua saúde sexual e reprodutiva.

Embora os impactos da MGF à saúde física, psicossocial e sexual sejam significativos, é

importante observar que focar total e exclusivamente nos impactos da prática à saúde demonstrou incentivar a abordagem de redução de danos quanto à MGF, o que resulta no aumento das taxas de MGF medicalizada⁷³ (MGF realizada por profissionais da área médica ou em estabelecimentos de saúde), de meninas cortadas mais cedo e de adoção de tipos de corte “menos severos”, o que por sua vez normaliza e enraiza ainda mais a prática.

As complicações imediatas ou agudas da prática podem incluir dor severa, sangramento excessivo, choque, inchamento do tecido genital, febre, infecções, problemas urinários e complicações de cicatrização da ferida.⁷⁴ Em alguns casos, a prática pode resultar em morte em razão de sangramento severo, dor e trauma, e/ou infecção severa.⁷⁵ O Tipo 3 de MGF é associado ao risco mais alto de lesão física imediata.⁷⁶ Embora geralmente haja uma preocupação com os aparentes níveis variáveis da gravidade de diferentes tipos de MGF, evidências do Dr. Pierre Foldès, pioneiro em cirurgias reconstrutivas, mostram que mulheres da Índia e Indonésia que foram submetidas ao Tipo 4 podem sofrer um corte mais profundo e uma lesão física mais imediata do que o Tipo 1, em razão do dano ao nervo clitoral.⁷⁷

Meninas e mulheres que foram submetidas ao corte têm mais chances de sofrerem mais tarde por condições de saúde ginecológica, como dor or dificuldade ao urinar, problemas menstruais se a abertura vaginal for parcialmente fechada, coceira e corrimento vaginal em razão de infecção e trauma, e infecções crônicas tanto do trato urinário quanto da vagina. Mulheres que foram cortadas também sofrem uma série de complicações obstétricas durante o parto em razão da prática, como partos notavelmente prolongados, rompimentos e lacerações, cesarianas, episiotomias, partos instrumentais, hemorragias pós-parto e parto complicado. A MGF também tem sido notavelmente associada a casos de fístula obstétrica, provavelmente em razão de um parto prolongado e complicado, sendo o risco maior para meninas e mulheres submetidas ao Tipo 3 (infibulação), e ainda é notável que países onde a MGF é prevalente as

taxas de mortalidade materna também são mais altas. Complicações obstétricas resultantes de MGF podem resultar na incidência mais alta de reanimação cardiopulmonar infantil no parto, morte fetal intrauterina e morte neonatal.⁷⁸

Além dos impactos da MGF à saúde física, a prática também tem sido associada a complicações de saúde sexual e mental que interferem diretamente nos direitos à saúde sexual de meninas e mulheres.⁷⁹ Meninas e mulheres que se submetem à MGF têm maiores chances de relatar coito doloroso, ausência de libido/desejo sexual, menos satisfação sexual, e têm menos chances de ter orgasmos em comparação com meninas e mulheres que não sofreram MGF. Meninas e mulheres que sofreram MGF também relataram um série de riscos associados à saúde mental e psicossocial, como ansiedade, depressão, neuroses, psicose, perda de memória e transtorno de stress pós-traumático (TSPT). Evidências mostram que a idade em que a prática é realizada é um factor que contribui aos impactos psicossociais e de saúde mental da MGF, de forma que mulheres que eram mais velhas à época do corte, e assim capazes de se lembrarem da experiência, tiveram maior probabilidade de relatar ansiedade, depressão e TSPT.⁸⁰ Embora as evidências disponíveis sugiram que a capacidade de se lembrar da prática tenha um impacto maior na saúde mental de meninas e mulheres, a MGF é física e psicologicamente prejudicial, não importando a idade em que é realizada.

Em nível societal e global, a OMS estima que o custo total do tratamento dos impactos de saúde da MGF à economia global em apenas 27 países que possuem dados adequados totalizaria US\$ 1,4 bilhões por ano, se todas as necessidades médicas das sobreviventes forem atendidas. Se a MGF for abandonada agora, a economia associada a custos de saúde globais com tratamento de complicações decorrentes de MGF superaria 60% até 2050.⁸¹

ACESSO A SERVIÇOS VOLTADOS PARA SOBREVIVENTES

Apesar da urgente necessidade por esforços céleres para a prevenção e eliminação de MGF em todas as suas formas, eliminar a prática ainda deixaria milhões de meninas e mulheres vivendo, pelo resto de suas vidas, com as consequências físicas e psicológicas. O acesso a serviços para sobreviventes geralmente é esquecido, juntamente com o financiamento para atividades de prevenção.

O artigo 5 do Protocolo de Maputo dispõe que os “Estados-Partes devem tomar todas as medidas legislativas e outras necessárias para eliminar essas práticas”, incluindo “prestar apoio necessário às vítimas de práticas nocivas, assegurando-lhes os serviços de base, tais como os serviços de saúde, a assistência jurídica e judiciária, aconselhamento e a formação que lhes permita a autossubsistência”. A Assembleia Geral da ONU também instou os países a protegerem e apoiarem meninas e mulheres que sofreram MGF e as que estão sob risco de sofrer,

incluindo “por meio do desenvolvimento de serviços de apoio social e psicológico” e tomando “medidas para melhorar sua saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, para auxiliar meninas e mulheres que são submetidas à prática”.

Exige-se que os governos assegurem o acesso a cuidados pré e pós-natais e planeamento familiar para sobreviventes de MGF. Os Estados também foram instados a desenvolverem programas responsivos ao género, seguros e confidenciais e serviços de apoio médico, social e psicológico para dar assistência a meninas que tenham sido vítimas de violência, o que deve incluir aconselhamento para mulheres e homens para desencorajar a prática. Tanto a Assembleia Geral da ONU quanto o Relator Especial da ONU sobre violência contra as mulheres requereram serviços especializados de abrigo para meninas e mulheres sob risco, observando que “embora abrigos geralmente sejam associados à violência conjugal, tal proteção também é necessária para meninas e mulheres jovens que fogem, por exemplo, da mutilação genital feminina”.⁸²

Desde 2004, a cirurgia reconstrutiva de clitóris, que visa à restauração da anatomia e função genital normal, tem sido realizada de forma pioneira pelo Dr. Pierre Foldès⁸³. O procedimento envolve abrir o tecido cicatricial para expor as terminações do nervo clitoral e fazer um enxerto de tecido conservado. O procedimento pode aliviar dores crônicas associadas a MGF, restaurar a sensibilidade clitoral em algumas mulheres, e em alguns casos permitir que as mulheres tenham orgasmos. O procedimento é benéfico para muitas mulheres, no sentido de que restaura a autoestima e a qualidade de vida. Embora seja disponibilizado em clínicas especializadas na Europa, nos Estados Unidos, no Senegal e em Burquina Fasso (entre outros), o procedimento permanece sendo muito inacessível para muitas sobreviventes, financeira e geograficamente.

IMPACTOS SOCIOECONÓMICOS

Há uma escassez de dados, evidências e pesquisas a respeito dos impactos da educação sobre a MGF. As evidências existentes sugerem que mulheres mais instruídas têm menos chances de cortarem suas filhas, vez que o acesso a educação permite que novos conceitos sejam introduzidos e facilita a troca de ideias e informações para cultivar habilidades de pensamento crítico e relações sociais.⁸⁴ Portanto, é provável que a educação seja um factor protetivo na redução da prevalência de MGF.⁸⁵ Integrar informações a respeito de MGF nas escolas, por exemplo, por meio da educação sexual compreensiva, também se mostrou eficaz na transformação de atitudes da prática.⁸⁶

Pesquisas mostram que meninas que são submetidas a MGF têm mais chances de abandonarem a escola,⁸⁷ ou podem ter participação reduzida nas atividades escolares.⁸⁸ No Quênia, estudos de pequena escala mostraram que meninas que são cortadas geralmente abandonam a escola depois, e sua educação termina,⁸⁹ não raro como resultado direto da MGF em um contexto em que a prática é vista como um marco

de transição à idade adulta. Os motivos para o abandono da escola geralmente envolvem complicações médicas associadas à prática,⁹⁰ especialmente durante o período de recuperação. Da mesma forma, meninas não cortadas na Tanzânia demonstraram terem sofrido exclusão social, bullying e estigmatização na escola, ao passo que meninas que rejeitaram ativamente a prática perderam o apoio dos pais ou apoio familiar à sua educação.⁹¹ Na prática, as escolas também funcionam como espaços seguros para meninas sob risco de MGF, vez que lockdowns e ordens de ficar em casa resultantes da pandemia da COVID-19 deixou meninas em casa e limitou a monitoria e denúncia de casos de MGF pelas escolas e professores.⁹² Em lugares onde a prática é precursora de CEFMU, a menina também será retirada da escola.⁹³ Os impactos da MGF sobre o acesso à educação de meninas também provavelmente impactam o empoderamento económico e oportunidades futuras de meninas, embora sejam necessárias mais evidências e pesquisas a respeito das correlações.

UNIÕES E CASAMENTOS INFANTIS, PREMATUROS E FORÇADOS (CEFMU) E MGF

Em países onde se pratica tanto MGF quanto CEFMU, os dados mostram que apenas uma minoria de meninas são afetadas por ambas as práticas nocivas.⁹⁴ Embora as práticas de MGF e CEFMU compartilhem muitos dos mesmos motivadores, como normas sociais e de gênero prejudiciais e desiguais, residência rural, baixa renda familiar e baixos níveis de instrução, elas parecem ser menos conectadas do que geralmente se pressupõe, e parecem coexistir, mas não condicionar uma à outra. Ainda assim, há evidências que sugerem que, por exemplo no Quênia, Senegal, Burquina Fasso e Serra Leoa, a MGF age como um pré-requisito direto para CEFMU,⁹⁵ em que ambas as práticas são associadas a ideias de controlar a sexualidade de meninas e mulheres e de manter normas culturais e religiosas.⁹⁶ Em lugares onde o corte é realizado durante a adolescência como parte dos ritos de passagem ou cerimônias de iniciação, a MGF geralmente age como precursora de CEFMU.⁹⁷

Em outros contextos, onde a MGF é realizada em idades mais precoces, a prática pode não ser uma precursora imediata de CEFMU, mas geralmente é praticada sob a crença de que assegurará a castidade ou virgindade da menina, para garantir melhores prospectos de casamento ou um preço de noiva mais alto no futuro. Na Somália, os homens consideram MGF essencial para o casamento, e meninas que se submetem ao corte Tipo 1, ao contrário da infibulação, expressaram a preocupação de serem vistas pela comunidade como sendo mais inclinadas ao sexo pré-marital, e por isso buscaram o casamento precoce para provar seu valor e dignidade.⁹⁸ Evidências da Etiópia sugere que as próprias meninas buscaram a sua circuncisão em razão da pressão dos pares/grupo.⁹⁹ Embora ambas as práticas sejam

geralmente associadas ou praticadas pela mesma comunidade, as evidências mostram que, em tais contextos, o abandono de uma prática não impacta necessariamente na outra prática, se não forem tratadas em conjunto. Por exemplo, intervenções para eliminar CEFMU em uma comunidade, que não referenciem ou tratem expressamente de MGF, podem deixar a prática intocada e enraizada. Em lugares onde as duas práticas coexistem e compartilham os mesmos motivadores e normas sociais, tratar de ambas as questões de forma conjunta é a forma mais eficaz de tratar de ambas as questões.¹⁰⁰

Em razão da complexidade das duas práticas, é importante não fazer pressuposições a respeito de sua causalidade, e são necessários mais estudos em níveis global e regional para melhorar a compreensão a respeito da conexão entre meninas que são cortadas cedo e o risco de CEFMU no futuro.

QUESTÕES ATUAIS

CRIMINALIZAÇÃO DE MGF

Conforme o movimento global para o abandono da MGF cresceu, também cresceu o número de países adotando legislações que criminalizam a prática. Em novembro de 2021, 52 países, sendo 29 na África, haviam criminalizado a prática por lei,¹⁰¹ com penas incluindo tanto sanções criminais quanto multas civis. Em junho de 2020, o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra Mulheres da ONU defendeu que a incapacidade de Mali de criminalizar MGF era uma violação dos direitos humanos fundamentais de meninas e mulheres, ao permitir a impunidade para a prática.¹⁰²

Muitos ativistas e sobreviventes sentem que ter uma lei direta proibindo MGF legitima seus esforços em campanhas, influência e programação, e envia a mensagem clara de que praticar MGF é errado. Por outro lado, em lugares onde a prática não é proibida por lei, ela é efetivamente legal e é realizada com impunidade na melhor das hipóteses, ou normalizada e medicalizada na pior. Por exemplo, nenhum país na Ásia legislou no sentido de proibir MGF, fundados na recusa dos governos em reconhecer a existência da prática, ou em aceitar que ela representa uma “mutilação” em vez da chamada “circuncisão feminina”. Embora a Indonésia tenha legislado no sentido de banir a prática de MGF por profissionais da área médica em 2006, a oposição religiosa levou à emanação de um decreto permitindo que profissionais da medicina realizassem MGF em 2010. Em 2014, o governo da Indonésia revogou o decreto, mas a prática ainda não é proibida por lei atualmente.¹⁰³ Estima-se que 49% das meninas entre 0 e 14 anos foram submetidas a MGF na Indonésia, com a previsão de que 15 milhões serão cortadas até 2030. A prática é altamente medicalizada, e geralmente oferecida como parte de “pacotes de parto” em hospitais, junto com furos de orelhas/brincos.¹⁰⁴

ESTUDO DE CASO: PLAN INTERNATIONAL TANZÂNIA – ABORDANDO A MGF TRANSFRONTEIRIÇA

A Plan International Tanzânia está trabalhando nas regiões de Geita e Mara para reduzir a incidência de MGF e CEFMU. Muitos “cortadores” trabalham ao longo das fronteiras entre a Tanzânia e o Quênia, o que dificulta tanto os esforços de prevenção quando o fornecimento de suporte às sobreviventes.

Em resposta, uma força-tarefa transfronteiriça foi estabelecida formalmente, composta por ministros do governo, líderes comunitários e ONGs locais que trabalham na prevenção de MGF. A força-tarefa está colaborando para realizar programas e eventos de consciencialização a respeito de MGF em escolas localizadas em cidades de fronteira, onde a prevalência é mais alta. A cooperação da polícia através da fronteira será coordenada para compartilhar estratégias de sucesso na gestão de casos, e o projecto trabalhará diretamente com “cortadores” de ambos os lados da fronteira para envolvê-los de forma direta nas estratégias de prevenção.

As abordagens à criminalização de MGF diferem, de forma que alguns Estados, tal como o Quênia, promulgam legislação específica à MGF, enquanto outros Estados incluem referência à prática em medidas legislativas mais amplas em leis de proteção infantil, eliminação de violência contra meninas e mulheres, ou violência doméstica. Contudo, a eficácia da legislação é dificultada pela má execução e implementação, pela incapacidade das autoridades policiais em cumprir a lei, e por corrupção.¹⁰⁵ Em muitos países com legislação que criminaliza a MGF, não há mecanismos eficazes para denunciar, encaminhar e proteger meninas e mulheres sob risco, resultando em poucos processos criminais e mecanismos de execução ineficazes.¹⁰⁶

Apesar da crescente criminalização de MGF, pesquisas demonstram que a legislação que criminaliza MGF só é eficaz se for focada no fortalecimento da consciencialização da comunidade a respeito da lei e se for vista provendo a saúde e o bem-estar de meninas e mulheres, em vez de punindo as comunidades praticantes.¹⁰⁷ Em lugares onde os pais e os cuidadores são processados criminalmente com base na legislação penal, isso geralmente pode trazer consequências prejudiciais e imprevistas para as próprias meninas, se forem afastadas de seus cuidadores primários ou de suas comunidades locais, vez que privá-las do apoio e dos cuidados familiares geralmente não é de seu melhor interesse. Embora a legislação possa contribuir para um ambiente propício para a mudança de normas sociais, em que a norma legal colide com normas sociais e costumes profundamente enraizados que valorizam MGF, o medo de sanções criminais pode motivar as comunidades praticantes a realizarem MGF em segredo, em vez de obedecerem à lei.¹⁰⁸ Por exemplo, uma pesquisa no Quênia mostrou que apesar da ampla legislação anti-MGF, 13% da população escolheria desobedecer à lei para realizar MGF no futuro.¹⁰⁹

A lei anti-MGF do Quênia é defendida por alguns ativistas como representando a “melhor prática”.¹¹⁰ A lei oferece uma definição abrangente que inclui todas as formas e tipos de MGF, aplica a proibição independente da idade ou condição de uma menina ou mulher, oferece jurisdição extraterritorial para permitir o processamento criminal de MGF que ocorra

fora das fronteiras do Quênia, e proíbe de forma explícita a medicalização da MGF. Destaca-se que a lei penaliza tanto os participantes diretos quanto os indiretos na obtenção de MGF. Embora a lei anti-MGF do Quênia seja abrangente e robusta, na prática é difícil de executá-la sem uma mudança significativa nas normas sociais, vez que é improvável que meninas processem seus pais ou cuidadores, em razão dos fortes laços familiares e comunitários. Em lugares onde meninas são dispostas a processarem criminalmente ou buscam refúgio fugindo para centros de resgate, elas simplesmente são removidas da comunidade, geralmente sem o consentimento dos membros familiares, criando, assim, hostilidade e obstáculos ainda maiores ao diálogo com a comunidade e aos esforços para eliminar a prática.¹¹¹

Em lugares onde as comunidades escolhem continuar a praticar MGF em segredo para evitar detecção e possíveis sanções, torna-se muito mais difícil denunciar e monitorar casos, e envolver as comunidades em diálogos sem julgamentos para mudar as normas sociais subjacentes à prática. A criminalização de MGF também tem sido associada a comunidades que escolhem cortar meninas mais cedo para evitar a detecção, bem como a um aumento da medicalização da prática, vez que as comunidades realizam cortes “menos severos”.¹¹²

MGF TRANSFRONTEIRIÇA

A MGF transfronteiriça ocorre em regiões onde grupos étnicos praticantes são altamente prevalentes e compartilham fronteiras nacionais porosas, o que resulta no transporte de meninas ou “cortadores” através das fronteiras nacionais com o propósito de realizar MGF. Enquanto prática cultural e norma social realizada por comunidades de etnias compartilhadas, a MGF é altamente prevalente em regiões onde os grupos étnicos praticantes se concentram, geralmente se espalhando através das fronteiras nacionais. Por exemplo, enquanto a prevalência nacional de MGF no Quênia é de 21%, a prática está muito concentrada entre os grupos étnicos Somali e Kisii localizados em regiões de fronteira com a Somália e a Uganda.¹¹³ Na Uganda, onde a prevalência é a mais baixa na África Oriental, equivalente a 0,32%, a ampla maioria dos casos de MGF ocorre nas regiões de Karamoja e

Sebei, onde a prevalência é muito mais alta, sendo de 26,7% em razão da maior população de grupos étnicos Pokot, Kadama, Tepeth e Sabiny.¹¹⁴ Dinâmicas populacionais semelhantes são observadas na África Oriental em relação a Mali, Burquina Fasso, Guiné, Guiné-Bissau e Senegal.

A prática de MGF transfronteiriça é cada vez mais relacionada à criminalização de MGF, vez que as comunidades buscam evadir sanções e processos criminais realizando a prática em jurisdições vizinhas onde a prática não seja ilegal ou onde execução da lei seja mais improvável.¹¹⁵ Um estudo publicado em 2018 a respeito da MGF identificou que dos 22 países africanos com legislações que proíbem MGF, 19 não mencionam MGF transfronteiriça, e apenas 2 países a criminalizam (Guiné-Bissau, Quênia e Uganda),¹¹⁶ concedendo jurisdição extraterritorial aos tribunais nacionais pelo crime de MGF, mesmo se ocorrer em países vizinhos. É importante observar que o problema também afeta meninas fora do continente africano em diásporas na Europa e nos Estados Unidos, muitas das quais são sujeitas aos chamados “cortes durante as férias”.

Receio de processo e sanções criminais não são os únicos factores motivadores por trás da MGF transfronteiriça. Um estudo realizado pela UNICEF Quênia mostrou que 71% dos respondentes da pesquisa disseram ter entrado no Quênia para terem acesso a serviços de MGF.¹¹⁷ O estudo também mostrou que as crescentes tendências à MGF transfronteiriça foram motivadas não apenas por considerarem mais fácil a evasão das autoridades no Quênia, que são consideradas mais inclinadas a “fazerem vista grossa” à prática, mas também porque os serviços de MGF no Quênia são de melhor qualidade e financeiramente mais acessíveis.¹¹⁸ Outras razões citadas incluem uma falta de proximidade a serviços de MGF no país de origem, e casamentos miscigenados entre comunidades próximas e entre grupos étnicos que ocupam ambos os lados da fronteira internacional.

A questão da MGF transfronteiriça evidencia a necessidade de uma abordagem regional abrangente e coordenada para eliminar a MGF, que deve incluir a harmonização das leis e políticas e adotar uma abordagem multissetorial para auxiliar o abandono comunitário da prática envolvendo todos os setores e partes interessadas. Para exemplificar, embora evitar processos e sanções legais não seja o único motivador da MGF transfronteiriça, penas pecuniárias e sentenças variam muito em toda a África Oriental. No Quênia e na Tanzânia, as sentenças mínimas para o delito de MGF são de 3 e 5 anos, respectivamente, ao passo que na Etiópia, a pena é de apenas 3 meses. Penas pecuniárias também variam muito, de uma multa de US\$ 17 na Etiópia a US\$ 1.935 no Quênia. Atualmente, não há lei que proíba MGF na Somália.

No momento, há dois sistemas regionais atuando para lidar claramente com MGF transfronteiriça. A lei de proibição de MGF pela Comunidade da África Oriental (CAO), de 2016,¹¹⁹ que foi aprovada pelo Quênia, Tanzânia, Sudão do Sul e Uganda, mas ainda não entrou em vigor. A lei da CAO busca estabelecer um

mecanismo de coordenação sub-regional para a harmonização de leis e políticas para prevenir MGF, e traz uma sentença mínima de três anos para o delito de realiar MGF. Destaca-se que o artigo 6 dispõe explicitamente sobre o delito de MGF transfronteiriça, que é aplicável em todos os Estados-Partes tendo precedência sobre as leis nacionais. Na União Africana, o Parlamento Pan-Africano também adotou um plano de ação em 2016 para eliminar a MGF a África, que destaca a necessidade de fortalecer ações contra a MGF transfronteiriça.¹²⁰

MEDICALIZAÇÃO

A “medicalização” de MGF (ou MGF “medicalizada”) refere-se às situações em que a MGF é praticada por qualquer categoria de profissionais da saúde, seja em clínicas públicas ou privadas, em domicílio ou em qualquer outro lugar.¹²¹ A definição de MGF medicalizada também inclui o procedimento de reinfibulação em qualquer momento da vida de uma menina ou mulher, o que se refere à prática de re-suturar o tecido cicatricial resultante da infibulação, depois que uma mulher tenha sido desinfibulada. Atualmente debate-se muito sobre se o uso de instrumentos médicos tal como ferramentas esterilizadas, antibióticos ou anestésicos, particularmente por praticantes tradicionais, devem ser incluídos na definição de MGF medicalizada.

A medicalização de MGF é uma tendência crescente na prática de forma global; dados de 24 países com informações a respeito dos praticantes de MGF mostraram que 18% das meninas abaixo de 15 anos que foram submetidas à MGF tiveram a prática realizada por um profissional da saúde.¹²² Há oito países com dados disponíveis que apontam que mais de 10% das meninas que são submetidas à MGF, 4,5 milhões no total, são cortadas por um profissional da saúde (Djibouti, Egito, Guiné, Indonésia, Iraque, Quênia, Nigéria, Sudão e Iêmen). Do número total de meninas e mulheres submetidas à MGF medicalizada, 94% vivem no Egito, Nigéria e Sudão, sendo que mais de 50% vivem apenas no Egito, onde as taxas de medicalização mais que dobraram entre mulheres e filhas.¹²³ Na Indonésia, onde 49% das meninas são submetidas à MGF, a prática é oferecida nos hospitais e em clínicas como parte de “pacotes de parto” em conjunto com furos de orelhas/brincos, e por vezes é realizada automaticamente antes mesmo que os pais autorizem o procedimento. No Egito, 67% da MGF é realizada mais comumente por um médico, ao passo que 77% da MGF no Sudão é realizada por uma enfermeira, parteira ou outro profissional da saúde.¹²⁴ Estima-se que a reinfibulação afeta mais de 20 milhões de mulheres no mundo todo, e entre 10 a 16 milhões de mulheres têm chances de sofrer reinfibulação medicalizada, o que tem sido documentado no Sudão, Somália, Djibouti e Eritreia, assim como na Europa e na América do Norte.¹²⁵

A medicalização da MGF é motivada tanto por requerimentos das comunidades praticantes a profissionais da área médica,¹²⁶ quanto pelos próprios profissionais da medicina. A maioria dos profissionais da área médica que realizam MGF o fazem porque eles próprios fazem parte de comunidades

praticantes, a que servem profissionalmente. Logo, também são influenciados pelas pressões das normas sociais existentes¹²⁷, das normas de género e das supostas obrigações religiosas. Por exemplo, um estudo na Nigéria demonstrou que a maioria dos profissionais da saúde realizam MGF porque compartilham as mesmas crenças que a comunidade, o que é evidenciado pelo facto de que 4 a cada 5 profissionais da saúde que têm filhas as cortaram.¹²⁸ No mesmo sentido, um estudo no Sudão concluiu que a medicalização é motivada primariamente pela demanda pela prática, baseada em normas sociais.¹²⁹ Profissionais da saúde que se recusam a realizar o procedimento citam a preocupação de que os membros da comunidade não retornem à clínica, e que ao condenarem a prática, os membros da comunidade a busquem fora de clínicas de saúde, com consequências à saúde potencialmente piores. Realizar MGF pode também ser uma importante fonte de renda para os profissionais da saúde, especialmente se a prática for criminalizada por lei,¹³⁰ o que oferece motivação adicional para a crescente medicalização da prática.

Um enfoque substancial nos impactos à saúde física como parte de uma abordagem de redução de risco em campanhas contra MGF também sustentou o desejo pela medicalização da prática, tanto por profissionais da saúde quanto pelas comunidades respondendo à mensagem e optando por uma forma de corte supostamente “mais segura” ou “mais inofensiva”.¹³¹ Esse tipo de mensagem por vezes é fundada nas presunções de que minimizar o dano causado por MGF representa uma abordagem pragmática para o abandono total da prática. Por exemplo, mensagens baseadas nos danos na Somália levaram a uma mudança no tipo de corte praticado, da infibulação faraônica (Tipo 3) ao corte “sunna” (Tipo 1). Contudo, focar tão-somente ou exclusivamente em reduzir os riscos de saúde física adotando uma abordagem de redução de danos não reconhece ou leva em conta as violações de direitos humanos causadas pela prática de MGF, incluindo o direito à saúde mental e física, o direito de não sofrer violência, o direito à educação, e os direitos à autonomia corporal, consentimento informado e igualdade.¹³² A abordagem também não questiona o objetivo subjacente e a aparente necessidade de controlar a sexualidade feminina.

Conforme já exposto, a MGF não possui benefícios à saúde, e mesmo onde a prática é medicalizada, causa consideráveis danos físicos e psicológicos a meninas e mulheres. Além disso, adotar mensagens de redução de riscos e a subsequente medicalização da prática arrisca legitimá-la e enraizá-la ainda mais, comunicando de forma equivocada às comunidades praticantes a mensagem de que a prática pode ser realizada de forma “segura” e que é aceitável se realizada por profissionais da saúde.¹³³ Por outro lado, os próprios profissionais da saúde geralmente citam preocupações de que sentem que a prática será mais segura se eles mesmos a realizarem, em vez de praticantes tradicionais. Contudo, essa presunção é equivocada, vez que não há treinamento oficial no currículo médico que ensina os profissionais da área médica a realizarem o procedimento de MGF, e em vez disso, os profissionais da saúde aprendem as técnicas com outros colegas, que também não possuem treinamento formal.¹³⁴

As evidências disponíveis a respeito de medicalização de MGF não demonstram que a medicalização está correlacionada a qualquer declínio na adoção da prática.¹³⁵ Embora haja dados limitados sugerindo que, em alguns contextos, a medicalização possa estar associada a uma tendência de realização de formas menos “severas” de cortes,¹³⁶ evidências da Indonésia e Malásia contradizem a ideia de que a medicalização leva a formas mais “inofensivas” de cortes, de forma que as conclusões afirmaram que uma mudança de praticantes tradicionais para profissionais da saúde levou a uma mudança do Tipo 4 para o Tipo 1.¹³⁷

A OMS e outras agências da ONU condenaram a MGF medicalizada,¹³⁸ e é uma violação de ética médica e do Juramento de Hipócrates realizado por profissionais da medicina, de “não causar dano ou mal”. A oposição à MGF medicalizada também é apoiada por organizações profissionais médicas, incluindo a Associação Médica Mundial em 1993¹³⁹ e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que em 1994 aprovou uma resolução em oposição a todas as formas de MGF, incluindo a sua forma medicalizada. Em 2018, 9 dos 22 países com legislações anti-MGF na África proibiram explicitamente a medicalização de MGF na legislação anti-MGF.¹⁴⁰ Além disso, no Mali, que não tem legislação anti-MGF em vigor, uma portaria do

ESTUDO DE CASO: PLAN INTERNATIONAL EGITO – TRATANDO DA MEDICALIZAÇÃO DE MGF.

Em resposta à contínua medicalização de MGF no Egito, a Plan International Egito colaborou com profissionais da saúde desde o nível comunitário até o nível nacional. O projecto formou 107 profissionais da saúde comunitários e 2.198 estudantes da Faculdade de Medicina em compreensão e influência contra MGF. Unidades de saúde colaboraram em campanhas de consciencialização sobre MGF em suas comunidades, realizando e facilitando discussões, realizando e facilitando sessões informativas em escolas e fornecendo mensagens claras a respeito do abandono de MGF. Uma mesa-redonda nacional foi realizada com representantes dos ministérios do governo e órgãos médicos, levando à produção de documentos de políticas demandando recursos e treinamento para profissionais da saúde.

Durante o projecto, 3.474 meninas e mulheres jovens receberam acesso a serviços de saúde relacionados a MGF, e 3.919 receberam apoio à saúde mental e psicossocial.

governo proíbe a realização de MGF em estabelecimentos de saúde. Contudo, isso não implica em sanções e não abrange MGF realizada por profissionais da saúde fora de tais estabelecimentos¹⁴¹.

O DIREITO AO ASILO E MGF

A Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 define que “refugiado” se aplica a qualquer pessoa que “tema ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas”. Logo, para que seja aceite um pedido de asilo, deve ser apresentado um receio bem fundamentado de perseguição com base num ou mais motivos enumerados na Convenção, para além de apresentar a incapacidade e/ou a vontade do Estado de origem de proteger a pessoa da perseguição temida.. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) reconhece a MGF explicitamente como uma forma de perseguição que justifica condição de refugiada e a concessão de asilo,¹⁴² fundamentada em opiniões políticas, grupo social ou religião, bem como reconhecendo-a como uma forma de perseguição específica às crianças que “afeta meninas de forma desproporcional”.¹⁴³

O ACNUR ainda reconhece que as consequências de MGF continuam após o procedimento inicial, e que meninas e mulheres que estejam sob risco de sofrer a prática e que já tenham sido submetidas à MGF podem se qualificar para receber proteção internacional como refugiadas. Tal posicionamento é corroborado pela Convenção de Istambul, que claramente reconhece que mulheres e meninas que sofrem VBG, incluindo MGF, podem buscar proteção em outros Estados quando suas pátrias de origem não prevenirem ou oferecerem proteção adequada e respostas eficazes.¹⁴⁴ A UE também possui uma directiva que dispõe explicitamente que os Estados-Membros da UE devem oferecer proteção internacional (asilo) a meninas e mulheres sob risco de sofrer ou que sofram MGF.¹⁴⁵

Em 2017, o ACNUR estimou que mais de 24.000 meninas e mulheres podiam já ter sido afetadas por MGF ao tempo de seu pedido de asilo à UE, o que equivale a 37% de todas as meninas e mulheres requerentes de asilo vindas de países em que se pratica MGF. Embora a maior parte dos países não colete dados específicos a respeito da fundamentação para os pedidos, em 2015 a Bélgica recebeu 609 pedidos de asilo fundamentados em MGF, representando 17% dos pedidos de asilo realizados por meninas e mulheres vindas de países praticantes de MGF. A escala dos pedidos de asilo é relevante, e aponta a realidade de que MGF não é um fundamento insignificante para asilo. Membros da UE têm recebido pedidos de asilo de meninas e mulheres que buscam proteção em relação a MGF. Os motivos para tanto variam, e incluem meninas e mulheres buscando proteção contra MGF ou reinfibulação em seus países natais (incluindo depois que tenham realizado cirurgia reconstrutiva no exterior). Além disso, há pedidos de asilo recebidos de pais que buscam proteger suas filhas contra MGF, assim como mulheres que são

pressionadas pela família e comunidade a se tornarem “cortadoras”.¹⁴⁶

Nada obstante, há evidências substanciais mostrando que, apesar das orientações claras de que MGF constitui fundamento para asilo,¹⁴⁷ muitas sobreviventes de MGF enfrentam significativos obstáculos no processo de obtenção da condição de refugiada. Isso inclui barreiras linguísticas, ausência de serviços responsivos a crianças para menores desacompanhados, ausência de conhecimento por parte dos agentes de imigração, e a natureza tabu da MGF, que dificulta a discussão da prática para muitas sobreviventes e membros da comunidade.¹⁴⁸ Há exemplos de pedidos de asilo rejeitados simplesmente com base no facto de que a lei do país de origem do requerente proíbe MGF, sem uma avaliação da real execução ou implementação da lei. No mesmo sentido, pedidos de asilo feitos ao Reino Unido têm sido rejeitados sob a ideia de que uma mulher deve ser capaz de proteger sua filha contra MGF, sem considerar a imensa pressão da comunidade e as normas sociais que geralmente impossibilitam a rejeição da prática, colocando a pessoa que rejeite a prática em grande risco.¹⁴⁹

REFERÊNCIAS

- ¹ Newman, A. (2019). '[Grandmothers Can Help Us Stop FGM - So Why Do Grassroots Projects Often Ignore Them?](#)' *Huffington Post*.
- ² UNICEF (2021). [Female genital mutilation \[Mutilação genital feminina\]](#).
- ³ UNFPA-UNICEF Joint Programme on the Elimination of FGM: Accelerating Change [Programa Conjunto sobre a Eliminação de MGF: Acelerando a Mudança] (2019). [Annual Report: Empowering girls and women to lead change \[Relatório Anual: Empoderando meninas e mulheres para guiarem a mudança\]](#).
- ⁴ Hayes, R. O. (1975). 'Female Genital Mutilation, Fertility Control, Women's Roles, and the Patrilineage in Modern Sudan: A Functional Analysis [A Mutilação Genital Feminina, O Controle de Fertilidade, Os Papéis das Mulheres e a Patrilinearidade no Sudão Moderno: Uma Análise Funcional]'. *American Ethnologist*, 2(4), 617-633.
- ⁵ Caplan, P. (1981). The Hosken report: Genital and sexual mutilation of females [O relatório Hosken: A mutilação genital e sexual de mulheres] (2ª edição, ampliada e revisada), Fran P. Hosken. Lexington, Mass: Women's Internat. Network News 1979. 368 pp., bibl., map. n.p. - Female circumcision, excision and infibulation; the facts and proposals for change [Circuncisão feminina, excisão e infibulação; os factos e propóstas a favor da mudança]. Scilla McLean. Minority Rights Group Report [Relatório do Grupo de Direitos das Minorias] No. 47 1980: (de 36 Craven Street WC2, Londres). 1.20. *Africa*, 51(4), 877-879. doi:10.2307/1159364
- ⁶ CEDAW (2018). Recomendação Geral 34 sobre o direito das mulheres rurais, para. 22: CEDAW/C/GC/34.
- ⁷ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao desfrute do mais alto padrão possível de saúde física e mental] (2004): E/CN.4/2004/49.
- ⁸ UNFPA (2014). [Implementation of the International and Regional Human Rights Framework for the Elimination of Female Genital Mutilation \[Implementação do Sistema Internacional e Regional de Direitos Humanos para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina\]](#).
- ⁹ Report by the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment [Relatório do Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes] (1986), para. 38: E/CN.4/1986/15; ver também Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment [Relatório do Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes] (2008), paras 50-54: A/HRC/7/3).
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ Comité sobre os Direitos da Criança da ONU (2018). Views adopted by the Committee on the Rights of the Child under the Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a communications procedure in respect of communication [Opiniões adotadas pelo Comité sobre os Direitos da Criança com base no Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança em um procedimento de comunicado em relação ao comunicado] No. 3/2016, CRC/C/77/D/3/2016.
- ¹² Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim (4-15 de setembro de 1995).
- ¹³ Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (5-13 de setembro de 1994).
- ¹⁴ União Africana (2003). [Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos Relativo aos Direitos da Mulher em África](#).
- ¹⁵ União Africana (1990). [Carta Africana dos Direitos e do Bem-Estar da Criança](#).
- ¹⁶ União Africana (2006). [Carta Africana da Juventude](#).
- ¹⁷ Conselho da Europa (2011). [Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica](#).
- ¹⁸ OMS (2022). [Fact Sheet: Female genital mutilation \[Ficha Informativa: Mutilação Genital Feminina\]](#).
- ¹⁹ Ibid.
- ²⁰ AGNU (2012). [Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation \[Intensificando os esforços globais para a eliminação da mutilação genital feminina\]: A/C.3/67/L.21/Rev.1](#).
- ²¹ Equality Now, End FGM EU & End FGM/C U.S. Network (2020). [Mutilação Genital Feminina: Um apelo a uma resposta global](#).
- ²² UNFPA (2018). [Bending the Curve: FGM trends we aim to change \[Mudando a Figura: tendências de MGF que visamos mudar\]](#).
- ²³ UNFPA (Abril de 2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage [Impactos da Pandemia da COVID-19 no Planejamento Familiar e na Eliminação da Violência Baseada no Gênero, da Mutilação Genital Feminina e do Casamento Infantil].
- ²⁴ Rodriguez, Sarah B, (2014). Female Circumcision and Clitoridectomy in the United States: A history of medical treatment [Circuncisão Feminina e Clitoridectomia nos Estados Unidos: Um histórico de tratamentos médicos].
- ²⁵ Equality Now, End FGM EU & End FGM/C U.S. Network (2020). [Mutilação Genital Feminina: Um apelo a uma resposta global](#).
- ²⁶ Shell-Duncan, B., Naik, R. & Feldman-Jacobs. (2016). 'A State-of-the-Art Synthesis on Female Genital Mutilation/Cutting: What Do We Know Now?' [Uma Síntese do Estado da Arte sobre Mutilação Genital Feminina: O Que Sabemos Atualmente?] Outubro de 2016. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive [Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Mulheres a Prosperarem]. Nova Iorque: Population Council.
- ²⁷ Ibid.
- ²⁸ UNICEF (2020). [Press release: Approximately 1 in 4 survivors of female genital mutilation were cut by a health care provider \[Aproximadamente 1 em cada 4 sobreviventes de mutilação genital feminina foram cortadas por um profissional da saúde\]](#).
- ²⁹ UNFPA & Avenir Health (2020). [Costing the Three Transformative Results \[Avaliação do Custo dos Três Resultados Transformadores\]](#).
- ³⁰ OMS (2020). [The economic cost of female genital mutilation \[O custo financeiro da mutilação genital feminina\]](#).
- ³¹ Comité sobre os Direitos da Criança da ONU (2013). Concluding observations on the second to fourth periodic reports of Israel [Conclusões a respeito do segundo ao quarto relatório periódico de Israel] [Conclusões a respeito do segundo ao quarto relatório periódico de Israel], CRC/C/ISR/CO/2-4 para. 41; Ver também Comité sobre os Direitos da Criança da ONU (2012). Concluding observations on the combined second to fourth periodic reports of Liberia [Conclusões a respeito do segundo ao quarto relatório periódico da Libéria], CRC/C/LBR/CO/2-4 para. 51c.
- ³² UNICEF (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change [Mutilação Genital Feminina: Uma Síntese e Investigação Estatística das Dinâmicas da Mudança]. Nova Iorque, NY.
- ³³ Ben Cislaghi, Karima Manji e Lori Heise (2018). 'Social Norms and Gender-related Harmful Practices, Learning Report 2: Theory in support of better practice [Normas Sociais e Práticas Nocivas Relacionadas a Gênero, Relatório de Aprendizagem 2: Teoria para promover práticas melhores]'. Learning Group on Social Norms and Gender-related Harmful Practices, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Ver também Plan International (2022). Defy Normal: Social and gender norms action learning module [Desafiando a Normalidade: Módulo de Aprendizagem Ativa de Normas Sociais e de Gênero].
- ³⁴ UNFPA (2020). [Female genital mutilation \(FGM\) frequently asked questions \[Peruntas Frequentes sobre a Mutilação Genital Feminina \(MGF\)\]](#).
- ³⁵ McArthur, L. (1995). Female Genital Mutilation: Practice, Prevalence, and Prevention [Mutilação Genital Feminina: Prática, Prevalência e Prevenção].
- ³⁶ Kandala, N., Nnanatu, C., Atilola G. et al. (2019). '[A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/ Cutting](#)

among 0–14-Year-Old Girls in Kenya [Análise Espacial da Prevalência de Mutilação Genital Feminina entre Meninas de 0 a 14 Anos no Quênia]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Oct 28, 16(21), 4155, 2019.

³⁷ UNICEF, UNFPA e ONU Mulheres (2020). [Technical Note on Gender-Transformative Approaches in the Global Programme to End Child Marriage – Phase II: A Summary for Practitioners \[Nota Técnica sobre Abordagens Transformadoras de Género no Programa Global para Eliminar o Casamento Infantil – Fase II: Resumo para Praticantes\]](#). Veja também o Building Bridges to End FGM [Construindo Pontes para Eliminar a MGF] (2021). [‘Gender Transformative Approaches to Ending Female Genital Mutilation \[Abordagens Transformadoras de Género para Eliminar a Mutilação Genital Feminina\]](#).

³⁸ Kandala, N., Nnanatu, C., Atilola G. et al. (2019). [‘A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among 0–14-Year-Old Girls in Kenya \[Análise Espacial da Prevalência de Mutilação Genital Feminina entre Meninas de 0 a 14 Anos no Quênia\]’](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Oct 28, 16(21), 4155, 2019.

³⁹ UNFPA (2015). [Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation \[Perspectivas Demográficas sobre Mutilação Genital Feminina\]](#).

⁴⁰ UNICEF (2013). [Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change \[Mutilação Genital Feminina: Uma síntese e investigação estatística das dinâmicas da mudança\]](#).

⁴¹ Shell-Duncan, B., Naik, R. & Feldman-Jacobs (2016). A State-of-the-Art Synthesis on Female Genital Mutilation/Cutting: What Do We Know Now? [Uma Síntese do Estado da Arte sobre Mutilação Genital Feminina: O Que Sabemos Atualmente?] Outubro de 2016. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive [Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Mulheres a Prosperarem]. Nova Iorque: Population Council.

⁴² UNFPA (2015). [Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation \[Perspectivas Demográficas sobre Mutilação Genital Feminina\]](#).

⁴³ UNICEF (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: Indonesia [Mutilação Genital Feminina: Indonésia.]

⁴⁴ 28 Too Many (2022). <https://www.28toomany.org/country/nigeria>.

⁴⁵ UNICEF (2013). [Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change \[Mutilação Genital Feminina: Uma síntese e investigação estatística das dinâmicas da mudança\]](#).

⁴⁶ Diretoria de Estatísticas Nacionais, Governo Federal da Somália (2020). [The Somali Health and Demographic Survey 2020 \[Pesquisa de Saúde e Demografia Somali 2020\]](#).

⁴⁷ OMS (2006). Progress in Sexual and Reproductive Health Research [Progresso nas Pesquisas em Saúde Sexual e Reprodutiva]. [‘Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism’ \[Mutilação genital feminina – novas informações desperta otimismo\]](#) 72.

⁴⁸ UNFPA (2008). [Delinking Female Genital Mutilation/Cutting from Islam \[Desassociando Mutilação Genital Feminina do Islão\]](#).

⁴⁹ Islamic Relief (2016). ‘One Cut Too Many: Policy Brief on Female Genital Mutilation/Cutting [Um Corte é Demais: Declaração de Políticas sobre Mutilação Genital Feminina]’; “Eu os desvirtuarei, e neles criarei falsos desejos; Ordenarei que cortem as orelhas do rebanho, e que desfigurem a (bela) natureza criada por Allah.” (Alcorão, 4:119).

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ UNFPA, UNICEF, WHO and Population Council, Kenya (2021). [‘Effectiveness of Interventions Designed to Prevent or Respond to Female Genital Mutilation: A review of evidence \[A Eficácia das Intervenções Desenvolvidas para Prevenir ou Responder à Mutilação Genital Feminina: Análise de evidências\]’](#).

⁵² Em janeiro de 2023, os 15 países com a mais alta taxa de prevalência de MGF incluem 8 países fragilizados que necessitam assistência humanitária.

⁵³ [Normas Mínimas Interagências para a Programação sobre Violência Baseada no Género em Emergências](#) (2019). Veja também [Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action \[Padrões Mínimos para a Proteção Infantil em Ações Humanitárias\]](#) (2019).

⁵⁴ UNICEF (2020). [The Humanitarian-Development Nexus: The Future of Protection In The Elimination Of Female Genital Mutilation \[O Nexo Desenvolvimento-Humanitário: O Futuro da Proteção na Eliminação da Mutilação Genital Feminina\]](#).

⁵⁵ Comité Internacional de Resgate (2019). [Where is the money? How the humanitarian system is failing in its commitments to end violence against women and girls \[Onde está o Dinheiro? Como o sistema humanitário está falhando em cumprir seus compromissos para eliminar a violência contra mulheres e meninas\]](#).

⁵⁶ Nielsen, N. (2017). [‘Syrians find troubled homes in Egypt \[Sírios têm lares conturbados no Egito\]’](#). *EU Observer*.

⁵⁷ Esho T, Komba E, Richard F, Shell-Duncan B. (2021). Intersections between climate change and female genital mutilation among the Maasai of Kajiado County, Kenya [Intersecções entre as mudanças climáticas e a mutilação genital feminina em meio aos Maasai do Distrito de Kajiado, no Quênia]. *Journal of Global Health*.

⁵⁸ Jones, N., et al. (2020). ‘Listening to Young People’s Voices under Covid-19: Child marriage risks in the context of Covid-19 in Ethiopia [Ouvindo as Vozes dos Jovens sobre Covid-19: Riscos de casamento infantil no contexto da Covid-19 na Etiópia]’, declaração de políticas, Gender and Adolescence: Global Evidence [Gênero e Adolescência: Evidências Globais], Londres. Veja também: Archambeault, L. (2020). ‘Beyond the Shadow Pandemic: Protecting a generation of girls from gender-based violence through COVID-19 to recovery [Além da Sombra da Pandemia: Protegendo uma geração de meninas contra violência baseada no gênero, do COVID-19 à recuperação]’, Save the Children, Fairfield e Londres.

⁵⁹ Orchid Project (2020). [The Impacts of COVID-19 on Female Genital Cutting \[Os Impactos da COVID-19 sobre a Mutilação Genital Feminina\]](#).

⁶⁰ UNICEF (2020). [Technical note: The Humanitarian-Development Nexus: The Future of Protection In The Elimination Of Female Genital Mutilation \[Nota técnica: O Nexo Desenvolvimento-Humanitário: O futuro da proteção na eliminação da mutilação genital feminina\]](#).

⁶¹ Ibid.

⁶² AIDOS, Rede Europeia End FGM e GAMS Bélgica (2020). [Preventing and Responding to Female Genital Mutilation in Emergency and Humanitarian Contexts Results from the Virtual International Stakeholder Dialogue \[Prevenindo e Respondendo à Mutilação Genital Feminina em Contextos de Emergência e Humanitários - Resultados do Diálogo Virtual Internacional com as Partes Interessadas\]](#).

⁶³ UNICEF (2020). [Technical note: The Humanitarian-Development Nexus: The future of protection in the elimination of female genital mutilation \[Nota técnica: O Nexo Desenvolvimento-Humanitário: O futuro da proteção na eliminação da mutilação genital feminina\]](#).

⁶⁴ Duetting, Gisela, Maria Karadenizli e Breanne Kaiser (2020). [How to Promote Gender-Responsive Localization in Humanitarian Action \[Como Promover Localização Responsiva ao Género em Ações Humanitárias\]](#), ONU Mulheres: Genebra.

⁶⁵ UNFPA e UNICEF (2020). [Resilience in Action: Lessons learned from the Joint Programme during the COVID-19 crisis \[Resiliência em Ação: Lições aprendidas com o Programa Conjunto durante a crise da COVID-19\]](#).

⁶⁶ UNFPA (2020). [GBV/FGM Rapid Assessment Report: In the Context of COVID-19 Pandemic in Somalia \[Relatório de Avaliação Rápida de VBG/MGF: No Contexto da COVID-19 na Somália\]](#).

⁶⁷ Save the Children (2020). [Impact of COVID-19 on Protection and Education Among Children in Dadaab Refugee Camp, Kenya \[Impactos da COVID-19 sobre a Proteção e Educação das Crianças no Campo de Refugiados Dadaab, no Quênia\]](#).

⁶⁸ UNFPA (2020). [Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage \[Impactos da Pandemia da COVID-19 no Planejamento Familiar e na Eliminação da Violência Baseada no Género, da Mutilação Genital Feminina e do Casamento Infantil\]](#).

⁶⁹ UNFPA-UNICEF Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation: Accelerating Change [Programa Conjunto sobre a Eliminação de Mutilação Genital Feminina] (2021). [FGM Elimination and COVID-19: Sustaining the Momentum. Eliminating FGM in Fragile Contexts – Case Study of COVID-19 \[Eliminação de](#)

[MGF e COVID-19: Mantendo o Ímpeto. Eliminando a MGF em Contextos Frágeis – Estudo de Caso da COVID-19](#).

⁷⁰ UNFPA (2020). [Case study on ending cross-border female genital mutilation in the Republic of Uganda \[Estudo de caso sobre a eliminação da mutilação genital feminina transfronteiriça na República da Uganda\]](#).

⁷¹ Orchid Project (2020). [The impacts of COVID-19 on female genital cutting \[Os impactos da COVID-19 sobre a mutilação genital feminina\]](#).

⁷² David, S. (2019). 'The Ebola Epidemic Halted Female Genital Cutting in Sierra Leone: Temporarily: Medical, Anthropological, and Public Health Perspectives [A Epidemia da Ebola Freou a Mutilação Genital Feminina na Serra Leoa: Temporariamente: Perspectivas Médicas, Antropológicas e de Saúde Pública]', In: *Pregnant in the Time of Ebola [Grávida em Tempos de Ebola]*.

⁷³ Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). [Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting \(FGM/C\): learning from \(policy\) experiences across countries \[Debatendo a medicalização de Mutilação Genital Feminina \(MGF\): aprendendo com as experiências \(e políticas\) em diversos países\]](#). *Reproductive Health* 16, 158.

⁷⁴ PopCouncil (2016). [Health impacts of female genital mutilation/cutting: A synthesis of the evidence \[Impactos da mutilação genital feminina à saúde: uma síntese das evidências\]](#).

⁷⁵ Trew, B. (2013). ['Unkindest cut: 13-year-old's death shines spotlight on rise of FGM in Egypt \[O corte mais cruel: morte de menina de 13 anos traz atenção ao aumento de MGF no Egito\]](#)'.

⁷⁶ El Defrawi, M. H. et al. (2001). 'Female genital mutilation and its psychosexual impact [Mutilação genital feminina e seus impactos psicossociais]', *Journal of Sex and Marital Therapy* 27: 465–73.

⁷⁷ Middelburg, A. (2020). [Visiting the clinic of Dr Foldès in Paris \[Visitado a clínica do Dr. Foldès em Paris\]](#).

⁷⁸ OMS (2020). [Fact Sheet: Female genital mutilation \[Ficha Informativa: Mutilação Genital Feminina\]](#).

⁷⁹ PopCouncil (2016). [Synthesis of Evidence on health impacts \[Síntese de Evidências sobre impactos à saúde\]](#).

⁸⁰ Vloeberghs, E., Knipscheer, J., van der Kwaak, A., et al. (2012). 'Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands [Enfrentamento e consequências psicossociais crônicas da mutilação genital feminina nos Países Baixos]'. *Ethnicity & Health* 17/6: .677-695.

⁸¹ WHO (2020). [Female Genital Mutilation Hurts Women and Economies \[A Mutilação Genital Feminina Prejudica Tanto Mulheres quanto Economias\]](#).

⁸² Conselho Económico e Social (2009). Ending Female Genital Mutilation: Report of the Secretary-General [Eliminando a Mutilação Genital Feminina: Relatório do Secretário Geral], para 41: E/CN.6/2010/6. Veja também: Conselho de Direitos Humanos da ONU (2008). Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences on Indicators on Violence Against Women and State Response [Relatório da Relatora Especial sobre Violência contra a Mulher, Suas Causas e Consequências em Indicadores de Violência Contra a Mulher e Resposta dos Estados], para. 98: A/HRC/7/6.

⁸³ Foldès P, Cuzin B, Andro A. (2012). 'Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study [Cirurgia reconstrutiva após mutilação genital feminina: um estudo prospectivo de coorte]'. *Lancet*. 2012 Jul 14;380 (9837):134-41.

⁸⁴ ICRW (2016). [Leveraging education to end FGM/C worldwide \[Utilizando a educação para eliminar MGF no mundo todo\]](#).

⁸⁵ UNICEF (2021). [Technical Note: Girls' Education, Empowerment, and the Elimination of Female Genital Mutilation \[Nota Técnica: Educação de Meninas, Empoderamento e a Eliminação da Mutilação Genital Feminina\]](#).

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Magangi, M. (2015). 'Effects of female genital cutting on school attendance and retention of primary school girls in Kuria west district, Kenya [Os efeitos da mutilação genital feminina sobre a presença nas escolas e a retenção de meninas na escola primária na zona oeste do distrito Curia, no Quênia]'. *African Journal of Education and Human Development: 1(1)*. Veja também Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016) 'Alternative rites of passage potency in enhancing girl child self-esteem and participation in education in primary schools in Kisii County, Kenya [A potência dos

ritos de passagem alternativos no aumento da autoestima e da participação das meninas na educação em escolas primárias do condado de Kisii, no Quênia]', *African Journal of Education and Human Development*, 2(1).

⁸⁸ Anumaka, I.B. e Sironka, B. (2014). Female Genital Mutilation and Girls' Participation in School activities in Isinya district, Kajiado County, Kenya [A Mutilação Genital Feminina e a Participação de Meninas nas Atividades Escolares no distrito de Isinya, no Condado de Kajiado, no Quênia]. College of Higher Degrees & Research, Kampala.

⁸⁹ Magangi, M. (2015). 'Effects of female genital cutting on school attendance and retention of primary school girls in Kuria west district, Kenya [Os efeitos da mutilação genital feminina sobre a presença nas escolas e a retenção de meninas na escola primária na zona oeste do distrito Curia, no Quênia]'. *African Journal of Education and Human Development: 1(1)*. Veja também Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016). 'Alternative rites of passage potency in enhancing girl child self-esteem and participation in education in primary schools in Kisii County, Kenya [A potência dos ritos de passagem alternativos no aumento da autoestima e da participação das meninas na educação em escolas primárias do condado de Kisii, no Quênia]'. *African Journal of Education and Human Development*, 2(1).

⁹⁰ Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016). 'Alternative rites of passage potency in enhancing girl child self-esteem and participation in education in primary schools in Kisii County, Kenya [A potência dos ritos de passagem alternativos no aumento da autoestima e da participação das meninas na educação em escolas primárias do condado de Kisii, no Quênia]'. *African Journal of Education and Human Development*, 2(1).

⁹¹ Pesamili, Joseph & Mkumo, Kitila (2015). ['Implications of female genital mutilation on girls' education and psychological wellbeing in Tarime, Tanzania \[As implicações da mutilação genital feminina sobre a educação e o bem-estar psicológico de meninas em Tarime, na Tanzânia\]](#)'. *Journal of Youth Studies* 21/8: 1111-1126.

⁹² UNICEF (2021). [Technical Note: Girls' Education, Empowerment, and the Elimination of Female Genital Mutilation \[Nota Técnica: Educação de Meninas, Empoderamento e a Eliminação da Mutilação Genital Feminina\]](#).

⁹³ Ibid.

⁹⁴ UNICEF (2021). [Understanding the Relationship between Child Marriage and Female Genital Mutilation: A statistical overview of their co-occurrence and risk factors \[Compreendendo a Relação entre Casamento Infantil e Mutilação Genital Feminina: Uma análise estatística de coocorrência e factores de risco\]](#).

⁹⁵ PopCouncil (2018). [Exploring the Association Between Female Genital Mutilation/Cutting and Early/Child Marriage \[Investigando a Associação Entre Mutilação Genital Feminina e Casamento Precoce/Infantil\]](#).

⁹⁶ World Vision (2014). [Exploring the links: Female genital mutilation/cutting and early marriage \[Investigando as conexões: Mutilação genital feminina e casamento precoce\]](#).

⁹⁷ Ibid. Veja também: PopCouncil (2016). [Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive \[Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Mulheres a Prosperarem\]](#).

⁹⁸ World Vision UK (2013). [Untying the Knot: Exploring Early Marriage in Fragile States \[Desfazendo o Nó: Investigando o Casamento Precoce em Estados Frágeis\]](#).

⁹⁹ Boyden, J., Pankhurst, A., e Tafere, Y. (2013). 'Harmful Traditional Practices and Child Protection: Contested Understandings and Practices of Female Child Marriage and Circumcision in Ethiopia [As Práticas Nocivas Tradicionais e a Proteção Infantil: Entendimentos em Debate e as Práticas de Casamento Infantil e Circuncisão Feminina na Etiópia]'. Young Lives, Working Paper 93.

¹⁰⁰ World Vision (2014). [Exploring the links: Female genital mutilation/cutting and early marriage \[Investigando as conexões: Mutilação genital feminina e casamento precoce\]](#).

¹⁰¹ Equality Now, End FGM EU & End FGM/C U.S. Network (2020). [Mutilação Genital Feminina: Um Apelo a Uma Resposta Global](#), com a adição de [Sudan, which criminalised FGM/C through an amendment to the Criminal Code \[O Sudão, que criminalizou a MGF por meio de uma emenda ao Código Penal\]](#) em abril de 2020.

- ¹⁰² CEDAW (2020). Investigação de Mali com base no artigo 8 do Protocolo Facultativo   Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres: CEDAW/C/IR/MLI/1.
- ¹⁰³ Orchid Project (2020). [Asia Network to End Female Genital Mutilation/Cutting \(FGM/C\) Consultation report: I didn't know it happened there \[Relatório de Consultas da Rede Ásia para Eliminar a Mutila o Genital Feminina \(MGF\): Eu não sabia que isso acontecia l \]](#).
- ¹⁰⁴ UNFPA (2021). [Indonesian religious leaders, health workers advocate female genital mutilation's end \[Líderes religiosos indonésios e profissionais da saúde promovem pelo fim da mutila o genital feminina\]](#).
- ¹⁰⁵ Meroka-Mutua, A, Mwanga, D, e Olungah, O.C. (2020). 'Assessing the Role of Law in Reducing the Practice of FGM/C in Kenya [Avaliando a Função da Lei na Redu o da Prática de MGF no Quênia]'. Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive [Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Meninas e Mulheres a Prosperarem]'. Nova Iorque: Population Council.
- ¹⁰⁶ UNICEF (2021). [Effectiveness of Interventions Designed to Prevent or Respond to Female Genital Mutilation: A Review of Evidence \[A Eficácia das Intervenções Desenvolvidas para Prevenir ou Responder   Mutila o Genital Feminina: Análise de evid ncias\]](#). Veja também [Analysis of Legal Frameworks on Female Genital Mutilation in Selected Countries in West Africa \[Análise dos Sistemas\]](#), do Escrit rio Regional da África Central e Ocidental do UNFPA (2018).
- ¹⁰⁷ Population Council (2022). [Evidence to end FGM/C: Research to help girls thrive – Reflections from five years of research \[Evidências para eliminar a MGF: Pesquisas para ajudar meninas a prosperarem – Reflexões de cinco anos de pesquisas\]](#).
- ¹⁰⁸ Meroka-Mutua, A, Mwanga, D, e Olungah, O.C. (2020). 'Assessing the Role of Law in Reducing the Practice of FGM/C in Kenya [Avaliando a Função da Lei na Redu o da Prática de MGF no Quênia]'. Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive [Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Meninas e Mulheres a Prosperarem]'. Nova Iorque: Population Council.
- ¹⁰⁹ Ibid.
- ¹¹⁰ G7 França (2019). [Parceria de Biarritz pela Igualdade de G nero](#). Veja também 28 Too Many (2020) [Lei-Modelo sobre MGF](#).
- ¹¹¹ UNICEF (2021). [Effectiveness of Interventions Designed to Prevent or Respond to Female Genital Mutilation: A Review of Evidence \[A Eficácia das Intervenções Desenvolvidas para Prevenir ou Responder   Mutila o Genital Feminina: Análise de Evid ncias\]](#).
- ¹¹² Meroka-Mutua, Agnes K. (2020). 'Commentary: Using law more effectively towards abandonment of FGM/C in Kenya [Comentário: Utilizando a lei de forma mais eficaz para o abandono da MGF no Quênia]'. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive [Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Mulheres a Prosperarem]. Nova Iorque: Population Council.
- ¹¹³ Kandala, N. B., Nnanatu, C. C., Atiolla, G., et al (2019). 'A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among 0-14-Year-Old Girls in Kenya [Análise Espacial da Prevalência de Mutila o Genital Feminina entre Meninas de 0 a 14 Anos no Quênia]'. *International journal of environmental research and public health*, 16 (21), 4155.
- ¹¹⁴ UNFPA (2021). [Case study on ending cross-border female genital mutilation in the Republic of Uganda \[Estudo de caso sobre a elimina o da mutila o genital feminina transfronteiriça na República da Uganda\]](#).
- ¹¹⁵ UNFPA (2019). [Female genital mutilation across borders \[Mutila o genital feminina através das fronteiras\]](#).
- ¹¹⁶ 28 Too Many (2018). [The Law and FGM: An overview of 28 African countries \[A Lei e a MGF: Uma análise de 28 países africanos\]](#).
- ¹¹⁷ UNICEF Quênia e Conselho Anti-MGF do Quênia (2017). [Baseline Study Report: Female Genital Mutilation/ Cutting and Child Marriage among the Rendille, Maasai, Pokot, Samburu and Somali Communities in Kenya \[Relatório de Pesquisa de Refer ncia: Mutila o Genital Feminina e Casamento Precoce nas Comunidades Rendille, Maasai, Pokot, Samburu e Somali, no Qu nia\]](#). Nairóbi: UNICEF.
- ¹¹⁸ UNFPA (2021). [Case study on ending cross-border female genital mutilation in the Republic of Uganda \[Estudo de caso sobre a elimina o da mutila o genital feminina transfronteiriça na República da Uganda\]](#).
- ¹¹⁹ Comunidade da África Oriental (2016). [The East African Community Prohibition of Female Genital Mutilation Bill \[Lei de Proibi o de Mutila o Genital Feminina da Comunidade da África Oriental\]](#), 2016.
- ¹²⁰ UNFPA (2019). [Female genital mutilation across borders \[Mutila o genital feminina através das fronteiras\]](#).
- ¹²¹ OMS (2010). [Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation \[Estratégia global para impedir que profissionais da saúde realizem mutila o genital feminina\]: UNAIDS, PNUD, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS, FIGO, ICN, OIM, MWIA, WCPT, WMA](#).
- ¹²² UNFPA (2018). [Policy Brief on the medicalization of female genital mutilation \[Declara o de Políticas sobre a medicaliza o da mutila o genital feminina\]](#).
- ¹²³ Ibid.
- ¹²⁴ Ibid.
- ¹²⁵ Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). 'Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries [Debatendo a medicaliza o de Mutila o Genital Feminina (MGF): aprendendo com as experiências (e políticas) em diversos países]'. *Reproductive Health* 16, 158.
- ¹²⁶ Kimani S, Shell-Duncan B (2019). 'Medicalized Female Genital Mutilation/Cutting: Contentious Practices and Persistent Debates [Mutila o Genital Feminina Medicalizada: Práticas Contenciosas e Debates Persistentes]'. *Curr Sex Health Rep.* 2018;10(1):25-34. Veja também Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). 'Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries [Debatendo a medicaliza o de Mutila o Genital Feminina (MGF): aprendendo com as experiências (e políticas) em diversos países]'. *Reproductive Health* 16, 158.
- ¹²⁷ UNFPA (2018). [Policy Brief on the medicalization of female genital mutilation \[Declara o de Políticas sobre a medicaliza o da mutila o genital feminina\]](#).
- ¹²⁸ Obianwu O, Adetunji A, Dirisu O. (2018). Understanding medicalization of FGM/C: a qualitative study of parents and health workers in Nigeria [Compreendendo a medicaliza o de MGF: um estudo qualitativo dos pais e profissionais da saúde na Nigéria]. Nova Iorque: Population Council.
- ¹²⁹ Bukuluki P, Wisal A, Al Gasseer NH, et al. (2017). 'Drivers for FGM medicalization among community midwives in River Nile and Northern State, Sudan [Motivadores para a medicaliza o da MGF entre parteiras comunitárias no Rio Nilo e no Estado do Norte, no Sudão]'. *Reproductive Health*; 14 (Suppl 2):6.
- ¹³⁰ Serour, GI. (2013). 'Medicalization of female genital mutilation/cutting [A medicaliza o da mutila o genital feminina]'. *African Journal of Urology*: 19(3): 145–9; UNFPA/UNICEF (2017) 17 ways to end FGM/C: lessons from the field [17 formas de eliminar a MGF: lições aprendidas no campo]. Nova Iorque: UNFPA/UNICEF.
- ¹³¹ Shell-Duncan, B., Njue, C., and Moore, Z. (2017). [The Medicalization of Female Genital Mutilation /Cutting: What do the Data Reveal? \[A Medicaliza o da Mutila o Genital Feminina: O que os Dados Revelam?\]](#). "Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive [Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Mulheres a Prosperarem]". Nova Iorque: Population Council.
- ¹³² Ibid.
- ¹³³ OMS (2016). [WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation \[Orienta es da OMS sobre gestão de complica es de saúde causadas por mutila o genital feminina\]](#). Genebra.
- ¹³⁴ Rashid, A., Iguchi, Y., Afiah, SN (2020). [Medicalization of female genital cutting in Malaysia: A mixed methods study \[A Medicaliza o da mutila o genital feminina na Malásia: Uma pesquisa de métodos mistos\]](#). *PLoS Med* 17(10).
- ¹³⁵ Shell-Duncan, B., Njue, C., and Moore, Z. (2017). [The Medicalization of Female Genital Mutilation /Cutting: What do the Data Reveal? \[A Medicaliza o da Mutila o Genital Feminina: O](#)

que os Dados Revelam?]. “Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive [Evidências para Eliminar a MGF: Pesquisas para Ajudar Mulheres a Prosperarem]. Nova Iorque: Population Council.

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ Rashid, A., Iguchi, Y., Afiqah, SN (2020.) ‘Medicalization of female genital cutting in Malaysia: A mixed methods study [A Medicalização da mutilação genital feminina na Malásia: Uma pesquisa de métodos mistos]. *PLoS Med* 17(10). Veja também Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). ‘Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries [Debatendo a medicalização de Mutilação Genital Feminina (MGF): aprendendo com as experiências (e políticas) em diversos países]’. *Reproductive Health* 16, 158.

¹³⁸ OMS (2010). [Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation \[Estratégia global para impedir que profissionais da saúde realizem mutilação genital feminina\]](#) UNAIDS, PNUD, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, OIM, MWIA, WCPT, WMA.

¹³⁹ Rashid, A., Iguchi, Y., Afiqah, SN (2020.) ‘Medicalization of female genital cutting in Malaysia: A mixed methods study [A Medicalização da mutilação genital feminina na Malásia: Uma pesquisa de métodos mistos]. *PLoS Med* 17(10). Veja também Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). ‘Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries [Debatendo a medicalização de Mutilação Genital Feminina (MGF): aprendendo com as experiências (e políticas) em diversos países]’. *Reproductive Health* 16, 158.

¹⁴⁰ 28 Too Many (2018). [The Law and FGM: An overview of 28 African countries \[A Lei e a MGF: Uma análise de 28 países africanos\]](#).

¹⁴¹ 28 Too Many (2018). [Mali: The Law and FGM \[Mali: A Lei e a MGF\]](#).

¹⁴² ACNUR (2009). [Guidance note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation \[Nota de orientação sobre Pedidos de Refúgio relacionados a Mutilação Genital Feminina\]](#).

¹⁴³ Comitê Executivo do ACNUR (2007). Conclusão sobre as Crianças em Risco, No. 107 (LVIII).

¹⁴⁴ Elise Petitpas e Johanna Nelles (2015). [“The Istanbul Convention: new treaty, new tool \[A Convenção de Istambul: novo tratado, nova ferramenta\]”](#). *Forced Migration Review* 49.

¹⁴⁵ União Europeia (2011). [Directiva 2011/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho](#) sobre as condições a preencher pelos nacionais de países terceiros ou por apátridas para poderem beneficiar de protecção internacional, a um estatuto uniforme para refugiados ou pessoas elegíveis para protecção subsidiária e ao conteúdo da protecção concedida.

¹⁴⁶ Fadela Novak-Irons (2015). [‘Female genital mutilation: a case for asylum in Europe \[Mutilação genital feminina: uma defesa do asilo na Europa\]’](#). *Forced Migration Review* 49.

¹⁴⁷ Middelburg, A., Balta, A (2016). [‘Female Genital Mutilation/Cutting as a Ground for Asylum in Europe \[A Mutilação Genital Feminina como Fundamento para o Asilo na Europa\]’](#). *International Journal of Refugee Law*, Volume 28, Edição 3, 1 de outubro de 2016, Páginas 416–452.

¹⁴⁸ Christine Flamand (2015). [‘FGM: Challenges for asylum applicants and officials \[MGF: Desafios para requerentes de asilo e oficiais\]’](#). *Forced Migration Review* 49.

¹⁴⁹ Charlotte Proudman (2019). [‘Pedidos de Asilo por MGF’](#). *Counsel*.