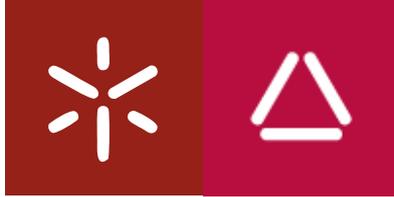


Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Rita Joana Sousa da Silva

**Modificações Genitais Femininas:
Mutilação vs Cirurgia**



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Rita Joana Sousa da Silva

**Modificações Genitais Femininas:
Mutilação vs Cirurgia**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Crime, Diferença e Desigualdade

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Manuela Ivone Cunha

DECLARAÇÃO

Nome Rita Joana Sousa da Silva

Endereço Eletrónico ritajssilva@gmail.com

Número de Identificação Civil 13372161 2 ZY5

Título da Dissertação Modificações Genitais Femininas: Mutilação vs Cirurgia

Orientador(es) Professora Doutora Manuela Ivone Cunha

Ano de Conclusão 2014

Designação do Mestrado Mestrado em Crime, Diferença e Desigualdade

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/____

Assinatura: _____

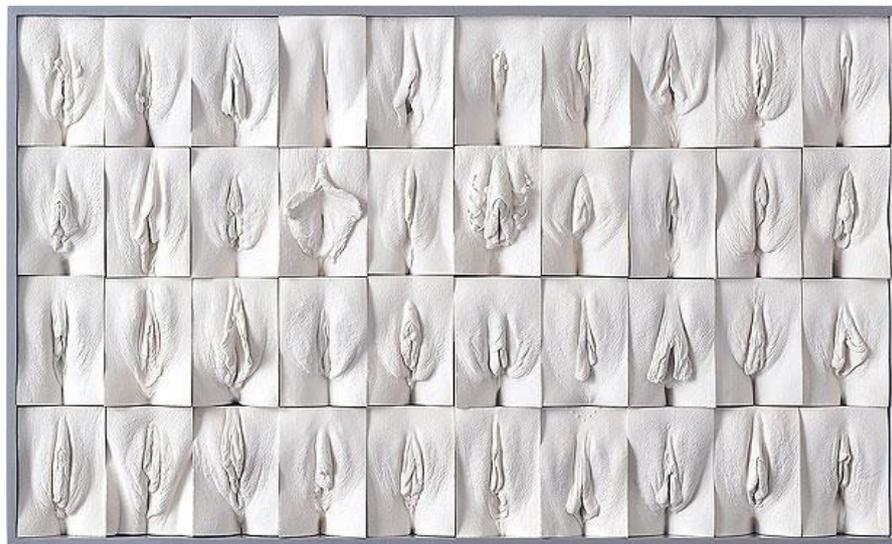


Ilustração 1 - Mural da Vagina do artista plástico inglês Jamie McCartney que tirou, durante cinco anos, moldes de gesso de 40 vaginas de diferentes tipos de mulheres (jovens, velhas, mães, filhas, etc.)

AGRADECIMENTOS

Apesar do percurso turbulento, tive a oportunidade de contar com o apoio e a confiança de diversas pessoas e instituições que tornou possível a conclusão da presente tese de mestrado. O espaço reservado para este efeito torna-se pequeno quando penso em todos os que partilharam comigo momentos menos fáceis mas também muito gratificantes que ficaram na memória.

O primeiro agradecimento é dirigido à minha orientadora, Professora Doutora Manuela Ivone Cunha, pela orientação, pelos conselhos e pelo espírito estimulante que se revelou fundamental no desenvolver de um tema tão pioneiro.

Em especial, um agradecimento a todos os cirurgiões que se disponibilizaram a participar neste projeto, tornando-o real.

Agradeço também a todos os docentes que estiveram presentes ao longo dos anos e à grande instituição que me acolheu, que é a Universidade do Minho.

Aos meus pais, Carlos e Laurinda, pelo amor, pela confiança depositada, pelo apoio nas fases mais controversas e pela valorização sempre demonstrada nesta fase académica. A minha irmã, Cátia, pelo orgulho e pelo amor.

Ao meu namorado, Paulo, incansável na sua paciência e compreensão, sempre disposto a ajudar mesmo quando não era possível. Um outro agradecimento ao meu grupo de amigos que sempre me fizeram “esquecer” as dificuldades que foram surgindo.

À Sara, por ser a minha companheira por cinco anos de momentos puros e por toda a amizade; à Claudia, por ser uma pessoa fantástica, sempre pronta a ajudar; à Ana Beatriz pela doçura contagiante. Ao Pip’s por tudo!

A todos, o meu profundo agradecimento!

Resumo

Apesar de ser uma prática já com muitos anos, motivo de vários estudos e de diversas tentativas de a banir, a Mutilação Genital Feminina (MGF), como todos os fenómenos sociais, está em constante mudança. É neste sentido que surge o interesse por este tema. A ideia não é expor, mais uma vez, os problemas associados especificamente a este fenómeno, mas antes focar as diversas práticas que compõem todo o tipo de modificações genitais. Não está em causa apenas aquilo que se convencionou designar por MGF, mas também outras práticas que aos olhos “Ocidentais”, ao contrário da primeira, são legais e aceitáveis socialmente, ou seja, as chamadas Cirurgias Estéticas Genitais Femininas (CEGF). Com isto pretendo perceber como são encarados estes dois atos que têm como única finalidade a modificação genital não terapêutica. Relativamente à metodologia adotada esta terá várias componentes. Inicialmente será feita uma análise de conteúdo de revistas e jornais que se refiram aos temas em questão, sendo esta parte de cariz essencialmente exploratório. Uma segunda fase será apoiada na metodologia qualitativa aplicando entrevistas, semi-estruturadas, a alguns cirurgiões da estética íntima.

Palavras-chave: Modificações genitais; Mutilação Genital Feminina; Cirurgia Estética Genital Feminina; Direitos Humanos; Perceções da Imprensa; Diferença e desigualdade.

Abstract

Even though this is a many years old practice, reason for several studies and attempts to ban it, the Female Genital Mutilation, like every social phenomenon, is in constant change. It is in this *spirit* that *came* the interest for this theme. The idea is not to expose, *once again*, the problems specifically associated with this phenomenon, but to focus on the different types of genital modification *being performed*. The common convention that we designate by FGM is not the only subject in question but also the other practice, which the “Occidental” eyes see as legal and socially acceptable, called Female Genital Aesthetic Surgery (FGAS). This *work/writing* is intended to distinguish how this two acts are perceived since they have the same none therapeutically genital modification. The methodology used will have several stages. A magazine and newspaper content analysis, *which* refers to the subjects in question, will be initially made *having* an exploratory nature in mind. As the second stage will be supported by qualitative methodologies, applying semi-structured interviews to some surgeons *expert in Female Genital Surgery* procedures and if possible some clients.

Keywords: genital modifications, Female Genital Mutilation, Female Genital Aesthetic Surgery; Human Rights; perceptions of the Press; Difference and Inequality.

Índice

AGRADECIMENTOS.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Introdução.....	1
I. Cirurgia Estética.....	3
a) <i>Proteção Jurídica e Consentimento Informado</i>	5
b) <i>Culto ao corpo</i>	8
II. Cirurgia Genital.....	10
a) <i>“Normal” vs “Anormal”</i>	12
b) <i>Procedimentos Cirúrgicos Genitais</i>	16
c) <i>Pesquisas e trabalhos de Campo</i>	20
III. Mutilação Genital Feminina	23
a) <i>Questões de género e estatuto da criança</i>	26
b) <i>Estatuto da mulher: motivações culturais e sociais</i>	27
c) <i>Estratégias ao abandono da MG</i>	29
d) <i>Cultura, tradição e identidade</i>	32
IV. Cirurgia vs Mutilação.....	33
a) <i>A simbologia do “Corte”</i>	38
b) <i>(Des)consequências da MG/CG</i>	39
c) <i>Europa vs Africa – Discrepâncias nas representações</i>	43
d) <i>Estatuto da Criança</i>	44
V. Metodologia da Investigação	45
a) <i>Contextualização Metodológica</i>	45
b) <i>Metodologia Qualitativa</i>	46
VI. O que nos dizem os <i>media</i>	49
VII. Análise de Dados das Entrevistas.....	51
<i>Caraterização dos Cirurgiões e dos Hospitais/Clinicas</i>	52
<i>Cirurgia genital como fenómeno de moda</i>	52
<i>Cirurgias genitais mais procuradas</i>	53
<i>Estética ou funcional</i>	55

<i>Cliente “Tipo”</i>	56
<i>Depilação genital total</i>	57
<i>Riscos da CG</i>	58
<i>Tipo de abordagem por parte das pacientes</i>	58
<i>Normal e anormal</i>	59
<i>Mutilação genital feminina</i>	60
VIII. Reflexões Finais	63
Referências Bibliográficas	67
Outras Referências	72
ANEXOS	73

Índice Ilustrativo

Ilustração 1 – Mural do do artista plástico inglês Jamie McCartney	2
Ilustração 2 – Constituição do Órgão Genital Feminino	15
Ilustração 3 – Labioplastia	16
Ilustração 4 – Três tipos de MG segundo a Declaração Conjunta.....	25
Ilustração 5 – Ritual de Iniciação.....	27

Introdução

Apesar de ser uma prática já com muitos anos, motivo de vários estudos e de diversas tentativas de a banir, a Mutilação Genital Feminina como todos os fenómenos sociais, está em constante mudança. É neste sentido que surge o interesse por este tema. A ideia não é expor, mais uma vez, os problemas associados especificamente a este fenómeno, mas antes focar as diversas práticas que compõem todo o tipo de modificações genitais. Não está em causa apenas aquilo que se convencionou designar por MGF, mas também outras práticas que aos olhos “Ocidentais”, ao contrário da primeira, são legais e aceitáveis socialmente, ou seja, as chamadas Cirurgias Estéticas Genitais Femininas (CEGF). Com isto pretendo perceber como são encarados estes dois atos que têm como única finalidade a modificação genital.

Naomi Wolf (*apud* Berer, 2011: 9) refere que os procedimentos estéticos cirúrgicos mais frequentes são aqueles realizados nas zonas do corpo mais associadas à feminilidade e nos últimos anos tais procedimentos estenderam-se até à zona genital. Apesar de considerado um processo novo, a CEGF tem sido alvo de procura crescente. Dentro do grupo das cirurgias genitais existe um leque variado de procedimentos cirúrgicos como o caso da perineoplastia, da vaginoplastia, a himenoplastia, plastia do Ponto G, clitoroplastica e, uma das mais procuradas, a labioplastia. A pressão social como motivo de procura da cirurgia estética em geral pode ser encontrada no contexto da cirurgia genital. Um dos fatores condicionantes desta demanda prende-se sobretudo com a questão da “normalidade”. A moda da depilação genital total, por exemplo, ao proporcionar uma maior exposição dos órgãos genitais femininos pode contribuir para reforçar uma maior padronização a partir de uma comparação com as imagens difundidas na indústria pornográfica. A verdade é que existe uma grande variedade de tamanhos, formas e cores no que respeita à genitália feminina. A dificuldade prende-se com os limites culturais e estéticos dessa mesma variedade, ou que definem uma vulva como normal.

Podemos considerar a MGF uma prática sociocultural difundida no continente Africano e em partes da Europa e da Ásia sendo possível constatar que, nos últimos

anos, vários estudiosos que estudavam o fenómeno da mutilação viraram as suas atenções para este tema da CEGF e alguns destes acabaram mesmo por questionar a existência de paralelos entre esta prática e a MGF. Alguns repudiam ambas as práticas enquanto outros defendem a ideia de que estas só diferem na intenção e foi neste sentido que emergiu a necessidade de abordar também o tema da mutilação. Numa primeira fase fiquei de imediato presa à definição utilizada pela OMS que se refere à mutilação genital feminina como “todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos culturais e não médicos”¹ (Associação para o Planeamento da Família 2009: 6). A extensão do procedimento pode ser classificada em quatro categorias, segundo a OMS, variando consoante o povo, a cultura e a localização geográfica. São diversas as organizações que trabalham no intuito de erradicar a mutilação genital como é o caso da OMS, da UNICEF e da UNFPA, organizações estas que levaram à criação da primeira declaração conjunta e posteriormente levaram à incorporação de mais organizações no intuito de abranger o máximo de comunidades onde a prática existe.

Na busca de paralelos entre ambas as práticas Marge Berer (2011) demonstra certa preocupação com as ambivalências contraditórias a nível cultural e jurídico em contexto ocidental. Procedimentos semelhantes são autorizados em mulheres de origem ocidental e proibidos a mulheres de origem africana, isto sob o olhar ocidental. Porquê? Carece-se de uma postura coerente no que respeita às práticas aqui abordadas e é nesse sentido que este trabalho ganha força. Os dois tipos de procedimentos que pretendo abordar ao longo deste trabalho vão ser tratados segundo o termo “modificações genitais”, sendo esta uma terminologia neutra e não valorativa onde pretendo englobar o conjunto de cortes genitais referentes à Mutilação Genital Feminina (MGF) e à Cirurgia Genital Estética Feminina (CGEF). Para abordar o tratamento social e discursivo de que são respetivamente alvo, utilizarei na sua abordagem os termos em que ele se apresenta: a expressão “mutilação genital”, conotada com comunidades africanas, e a de “cirurgia genital” que as situa num universo euro-americano de referência.

Portugal é um país onde estes temas são ainda pouco debatidos. Percecionada a escassez de informação no que respeita ao tema central, a metodologia adotada prender-

¹ Definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde [OMS] na Declaração Conjunta de 1997 entre OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS

se-á em parte com um conjunto de entrevistas dirigidas a cirurgiões da intimidade. Estas serão completadas com uma análise de conteúdo de revistas e jornais que se refiram aos temas em questão, sendo esta parte de cariz essencialmente exploratório.

I. Cirurgia Estética

Todos os países são caracterizados com diferentes formas de pensamentos inculcados nas coletividades. Durante muito tempo foi fácil, do ponto de vista ocidental, criticar alguns dos comportamentos de outros contextos culturais. Ainda hoje é. No entanto, devemos ter em conta os valores que regem os diversos países e as suas culturas que por vezes os levam a realizar determinadas práticas ou que, contrariamente, os levam a repudiar rituais que ocorrem nas várias regiões do Mundo.

A cirurgia estética é cada vez mais comum, e antes de avançar para o caso particular da CGEF mostrou-se pertinente perceber o contexto das cirurgias estéticas em geral. Em contexto generalizado, é possível denotar que a oferta destes procedimentos acontece em grande parte por meio do setor privado visto prender-se sobretudo com melhorias estéticas e não tanto com a procura de tratamentos de doenças, como é o caso de países como o Reino Unido (Latham 2011). Aqui, a grande clientela dos profissionais da medicina plástica são mulheres e a cirurgia mais procurada é mesmo o implante de silicone. Certo é que as mulheres, mais do que os homens, vivem “oprimidas” por um culto ao corpo que as leva a procurar adequarem-se ao que é atraente e desejável sexualmente (apesar de tal pressão se dar entre homens e mulheres). Latham aborda principalmente a questão da regulação existente sobre estas cirurgias. A autora demonstra que muitos destes tratamentos envolvem cirurgias invasivas e que as mulheres que se submetem a elas correm riscos inerentes a qualquer tipo de procedimento cirúrgico, tal como perda de sangue, contusões, infeções, trombose venosa profunda, má cicatrização, podendo mesmo haver riscos adicionais² (Latham 2011: 16-17). Este tipo de procedimentos são oferecidos principalmente por clínicas privadas pois no contexto público o cirurgião estuda, juntamente com psicólogos e

² As mulheres que colocaram implantes de silicone na Suécia apresentam um maior risco de depressão e suicídio, mesmo tendo escolhido fazer o procedimento por se sentirem mal com o seu próprio “eu”. (Latham 2011: 16-17)

psiquiatras, os benefícios *versus* os malefícios da intervenção, ou seja, tem de haver uma justificação válida para tal decisão. São várias as diferenças entre o setor público e o privado, sendo algumas destas muito negativas, como é o caso do primeiro contato com os pacientes. No setor privado as consultas iniciais são, por vezes, feitas por telefone pelas próprias rececionistas, ou até mesmo por uma equipa de vendas - consultas estas sem qualquer tipo de aconselhamento médico onde os riscos não são dados a conhecer ao paciente. Neste setor o próprio sistema de marketing pode levar a que nasçam falsas expectativas sobre os resultados dos tratamentos e como quase não se verifica lista de espera, o paciente acaba por não ter tempo de reflexão, levando a uma não reconsideração da decisão final.

Um dos relatórios publicados pela União de Defesa Médica, em Fevereiro de 2003, demonstrou que a cirurgia estética era causadora de desfiguramento e lesões. Uma das justificações por parte das pacientes nos requerimentos sobre o contentamento ou descontentamento das mesmas prendia-se com o fato de haver pouca ou nenhuma informação sobre os riscos de complicações. Outro dos perigos inerentes à cirurgia estética é aquilo a que a autora chama de “turismo de saúde”. Apenas referente ao Reino Unido, estima-se que aproximadamente 30 000 cidadãos viajem para outros países na busca pela cirurgia mais barata (sem contar com todos os pacientes de outros países que fazem o mesmo tipo de viagem). Com isto, há ainda menos controlo sobre os procedimentos, sendo mais difícil ter informações sobre os cirurgiões e as suas boas práticas. O pós-operatório destas cirurgias turísticas acaba por ser menos seguido, havendo menor supervisão clínica dos curativos, contusões ou cicatrizações. A falta deste seguimento pode originar problemas que levam conseqüentemente a uma procura de cirurgiões nos seus países de origem para se submeterem a cirurgias reparadoras (Latham 2011: 17). Latham defende que não vai ser este tipo de falta de regulamentação que vai dar autonomia à mulher.

Relativamente à ética médica, o princípio de que os pacientes devem ser autónomos é central. A autonomia é vista como um valor com o qual alguns interesses podem relacionar-se e é também um valor de onde muitos direitos derivam.

“A autonomia é um valor notável no contexto do tratamento médico; dela emergem os interesses voltados para a autodeterminação e a integridade física que, por sua vez, subsidiam o direito moral e legal para consentir e recusar tratamento médico” (Scott *apud* Latham 2011: 18).

A autonomia pode ser compreendida como a capacidade de um indivíduo tomar as suas próprias decisões. Assim, o paciente tem o poder de decidir o que fazer desde que possua conhecimento dos tratamentos, dos riscos e dos possíveis resultados. Desta forma, a integridade física do paciente é respeitada. Uma paciente autónoma deve poder solicitar ou recusar um tratamento médico específico e não ser aliciada por vendedores de clínicas privadas - beneficiários diretos dos lucros advindos das decisões dos pacientes. As relações de poder têm sido alvo de vários pesquisadores que se preocupam tanto com a relação entre médicos e pacientes, como com os efeitos desta relação sobre a autonomia da mulher. A existência desta relação pode acarretar sérias consequências, por exemplo, uma paciente com necessidades psicológicas pode não atingir as suas aspirações físicas com a cirurgia estética. Uma paciente que não seja devidamente avaliada pelo cirurgião e que esteja em situação de irregularidade psicológica pode acabar por colocar a sua saúde mental em risco, se tal insatisfação advier da cirurgia ou se tal procedimento acabar por levar a outros tratamentos do foro corretivo. Em todos os casos seria fundamental perceber as razões da sua demanda, explorando também as expectativas da mesma. Relativamente a todas as cirurgias estéticas e plásticas em geral, as feministas têm uma ideia negativa. Se algumas são completamente contra, outras defendem a mudança onde o incentivo é a cultura, e ainda há quem defenda que, no caso das últimas, haja uma negociação com a própria cultura através do diálogo e da existência de consentimentos informados (Latham 2011: 18).

a) Proteção Jurídica e Consentimento Informado

Alguns países já possuem proteção jurídica para situações que envolvem a cirurgia estética, como é o caso da Inglaterra e do País de Gales. Aqui os cidadãos podem usufruir de uma proteção jurídica específica para este tipo de casos, na chamada *Common Law* (código civil). Todas as mulheres submetidas a cirurgias estéticas estão sujeitas a esta proteção pois o código civil oferece, a todos os casos que terminem em julgamento, proteção contra tratamentos negligentes. Esta lei assegura informação adequada e todo um processo em que o contato físico com a paciente só sucede com o consentimento da paciente. No mesmo sentido, o consentimento à cirurgia só deve ser

admitido se houver informação sobre riscos e benefícios, como também sobre os métodos alternativos. Existem dois testes aos quais as pacientes podem e devem ser submetidas antes dos procedimentos cirúrgicos, o teste *Bolam* e o teste *Bolitho*. No primeiro teste, o consentimento informado é o mínimo que qualquer profissional pode fazer ao agir como um profissional de saúde competente. Também em Inglaterra e no País de Gales a responsabilidade pelas negligências ocorridas durante cirurgias estéticas é estabelecida com base no Código Civil, no entanto, as ações dos médicos são também regidas pela legislação criminal. Desta forma, qualquer dano cometido por um cirurgião (propositado ou não) sujeita-o a um processo-crime por agressão com base no Ato 1861, dos Crimes contra a Pessoa. Assim, um cirurgião plástico pode ser processado por qualquer motivo caso atue mesmo depois de um consentimento inválido³. Na sua grande maioria, as cirurgias estéticas são feitas por cirurgiões do setor privado e neste caso a legislação relativa aos contratos entre paciente e médico pode também assegurar a justiça a nível monetário (Latham 2011: 19-20).

Apesar de toda a proteção vinda da *Common Law*, esta “lei” foi alvo de críticas quanto à sua insuficiência. A necessidade de regulamentação mais rigorosa da cirurgia estética no Reino Unido é um assunto que já foi discutido nos parlamentos em Westminster. Em 1994 a deputada Ann Clwyd introduziu a Lei de Regulamentação de Cirurgia Estética, no intuito de implementar o registo de procedimentos dos cirurgiões plásticos ao estabelecer padrões mínimos de treino e prática. Apesar de durante muito tempo não haver o reconhecimento do governo na necessidade de um regulamento destas cirurgias também no setor privado, apenas em 1999, com a ajuda de uma comissão de mulheres, foi criada uma entidade de forma a regular o sistema de saúde privado. A Lei Clwyd acaba por ser incorporada no Ato 2000 de Padrões de Assistência o que vem melhorar a situação das pacientes ao exigir a realização de entrevistas e um período de reflexão antes da cirurgia. Mesmo assim, o Ato não era específico, nem rigoroso, e os aspetos positivos baseavam-se na introdução dos já referidos padrões nacionais mínimos do funcionamento das clínicas privadas, padrões esses regulamentados pela Comissão Nacional de Padrões Assistenciais (NCSC). A função da referida comissão passava por, anualmente, inspecionar todas as clínicas registadas de forma a regular a atividade dos intervenientes, assegurando o bem-estar anatómico dos

³ No caso de uma paciente vítima de negligência que acaba por morrer, o cirurgião pode ser acusado de homicídio culposo (Latham 2011: 19-20).

pacientes. Em 2004, este controlo passou a ser feito pela Comissão de Serviços de saúde e atualmente a Comissão de Qualidade da Assistência é quem regulamenta a cirurgia estética, tendo criado um sistema de registo de profissionais e de todos os intervenientes na gestão de clínicas e serviços de saúde. O objetivo é facilitar o registo de más condutas e conseqüentemente proceder à atribuição de multas ou mesmo suspensão da atividade profissional de determinados médicos / gestores. Contudo, todos os avanços legislativos referentes ao consentimento informado e à qualidade dos cirurgiões acabaram por ser estabelecidos com base na autorregulamentação dos mesmos, decisão tomada pelo governo (Latham 2011: 20-21).

Mesmo depois de várias críticas direcionadas a esta última decisão governamental, o governo continuava a ignorar as diversas solicitações para a criação de uma organização “guarda-chuva” para regulamentar as práticas da cirurgia estética até porque, desce cedo, se falava das evidências de uma relação demasiado próxima entre estes e as organizações de cirurgiões estéticos do Reino Unido. Entre 2001 e 2005 foram publicados inúmeros relatórios sobre a prática médica, e no espaço de algum tempo, o governo passou ele mesmo a regular estes profissionais de forma a prevenir possíveis práticas precárias. No primeiro dia do ano de 2005, passou a ser obrigatória a existência de uma licença adequada para a execução de tais procedimentos estéticos sendo esta renovável a cada cinco anos de forma a assegurar que os médicos estejam aptos e atualizados dentro da sua área específica (Latham 2011: 22). Uma organização composta por todos os profissionais estéticos é sem dúvida uma necessidade urgente no Reino Unido, mas esta entidade não existe. No entanto, já existem pelo menos quatro entidades a representar os interesses dos cirurgiões estéticos. O Presidente da Associação Britânica de Cirurgiões Plásticos e Estéticos, Nigel Mercer, demonstrou através de uma edição do *Clinical Risk* a sua preocupação relativamente à situação exposta até aqui,

“Em nenhuma outra área da medicina existe uma bagunça tão desregulamentada. O que é pior é que os governos não permitem que isto aconteça em outras áreas da medicina. Imagine uma propaganda de “2 por 1” para cirurgia geral? Isto é uma loucura.” (Mercer *apud* Latham 2011: 23).

b) Culto ao corpo

Um outro país onde este assunto tem sido abordado é o Brasil, visto apresentar o segundo maior índice de cirurgia estética do mundo (Andrade 2011). Aqui, verifica-se também uma imensa oferta destas intervenções em inúmeras clínicas e hospitais, tanto públicos como privados. Muitos dos interessados pelo tema são críticos no que respeita à ética da cirurgia plástica. Acreditam que devido ao aumento da cultura do consumo, a ética médica acabou por moldar a lei do mercado. Este fenómeno começa a marcar cada vez mais as nossas sociedades e o impacto deve-se à transmissão de determinadas normas e imagens do corpo através dos *media*. Contudo, este é um tema que deve ser discutido, tendo em atenção as consequências de tais procedimentos tanto para a saúde física como psíquica (Andrade 2011: 26).

Como é do conhecimento geral, nestes mesmos países, novas “modas” vão surgindo e com o avanço tecnológico a moda da cirurgia estética vai ganhando terreno. Segundo a Sociedade Americana de Cirurgias Plásticas⁴, é possível dividir a cirurgia plástica em quatro categorias, tendo em atenção a sua extensão e motivação. Assim, existem os procedimentos estéticos, procedimentos plásticos, procedimentos estéticos minimamente invasivos e procedimentos reconstrutivos. No Brasil, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro são considerados os principais centros de cirurgia estética reunindo o maior número de clínicas e hospitais onde se pratica cirurgia plástica. Para além de associado à praia, ao futebol e ao carnaval, o Rio de Janeiro é também associado à cultura dos corpos bonitos e perfeitos. Segundo estudos oficiais publicados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) os lugares onde mais se realizaram estes procedimentos foram hospitais privados, com 58%, clínicas privadas com 28% e por fim hospitais públicos com 14%. A questão da importância do corpo para o povo brasileiro tem sido estudada por vários autores como foi o caso do antropólogo norte-americano Alexander Edmonds. Através de uma pesquisa de campo realizada no Rio de Janeiro em 2002, o autor começou a acreditar na existência de um conceito democrático de beleza onde se encontra intrínseca a ideia de que “o pobre também tem o direito de ser bonito” (Andrade 2011: 28). Segundo Edmonds (*apud* Andrade 2011: 28) a aparência física no Brasil tem um grande peso na construção de identidade nacional e pode ser mesmo vista como o desejo de obter um melhor *status*

⁴ Sociedade estudada pela autora Andrade (2011)

social. Como em tantos outros países, as mulheres moldam os seus corpos no intuito de alcançar as belezas idealizadas nas suas sociedades pois o corpo é algo social onde predominam símbolos de cada cultura. O corpo é tão individual como público.

O culto ao corpo é neste momento um fenómeno global, com uma dimensão social forte onde a transmissão de imagens através dos *media* é normal, formatando ideais corporais nas sociedades. Através das tatuagens, dos *piercings* e da cirurgia plástica a modificação corporal tem elevado peso na autorrealização tornando-se uma forma de expressão individual. Na opinião de muitos, a cirurgia plástica torna-se atrativa na medida em que o indivíduo busca uma reinvenção de si mesmo. Esta afirmação pode ser contestada com a teoria de Foucault (*apud* Andrade 2011: 27) sobre o *self*. Aqui pressupõe-se que o *self* só pode ser reinventado através da manipulação do corpo, e como sabemos a cultura da imagem e da visibilidade são altamente valorizadas, tendo um papel importante na formação do *self*. Mesmo havendo exceções, cada indivíduo quer ser visível e ao mesmo tempo conformar-se às normas sociais e é aqui que fica exposta toda a contradição envolvida na cirurgia plástica, ou seja, a expressão individual *versus* pressão social para se conformar a certos padrões de beleza (Andrade 2011: 33). Afinal de contas o que se pretende com a cirurgia estética? Fica a contradição de que afinal não se procura vincar a individualidade de cada um mas talvez formatar o que somos aos modelos da sociedade dominante. Resumindo, o que Andrade nos mostra é que a maioria das mulheres têm como principal motivação “ser normal” e que

“o seu desejo de ser normal expressava-se mais pela modificação corporal como forma de adaptação aos padrões sociais do que pela tentativa de expressar suas individualidades. Há, portanto, uma internalização das normas, valores e ideais sociais” (Andrade 2011: 34).

Uma outra conclusão foi a boa relação existente entre paciente e cirurgião onde este por vezes sentia-se na obrigação de desempenhar um papel de amigo e psicólogo. O crescimento da cultura do consumismo leva a crer que a ética médica tornou-se mais maleável e tende cada vez mais de sujeitar-se à lei do mercado.

No caso específico da cirurgia genital, é muito importante perceber certos parâmetros no que a essa cirurgia diz respeito e têm, ainda, de ser colocadas muitas questões na abordagem deste tema, como por exemplo o local onde ocorrem e o significado global atribuído a estas modificações genitais. A possibilidade de que a mutilação e cirurgia genital possam ser maléficas para a saúde psicológica e física da

mulher é um ponto que deve levar a reconceptualizar o indivíduo envolto nas suas normas e nos seus ideais sociais e culturais. Há sempre a grande tendência para que seja a sociedade ocidental a determinar os padrões sociais aceitáveis e a ditar regras sobre como devem ser as práticas culturais vistas e tratadas (Andrade 2011: 34). Este tema carece de pensamento crítico e legislação que possibilite uma análise isenta de preconceitos.

II. Cirurgia Genital

A procura da estética genital, apesar de se poder considerar um tema tabu, tem sido crescente. Naomi Wolf (*apud* Berer, 2011: 9) refere que os procedimentos cirúrgicos mais frequentes são aqueles realizados nas zonas do corpo mais associadas à feminilidade, isto é, coxas, estômago, nádegas e seios. Porém, nos últimos anos, os procedimentos estenderam-se até à zona genital. O ser humano tem tendência a querer ser cada vez mais atraente e bonito procurando vestir bem, usar jóias, pintar cabelos e utilizar produtos de beleza, o que parece já não ser suficiente. A cirurgia estética penetrou na indústria de beleza tornando-se muito lucrativa e as mulheres são obviamente o público-alvo dessa indústria. São várias as terminologias utilizadas na cirurgia estética genital feminina e segundo uma publicação da RHM⁵ a lista de termos apresenta a redução dos grandes lábios, labioplastica, genitoplastia, extensão dos grandes lábios, remodelação dos genitais, cirurgia íntima, estreitamento vaginal, rejuvenescimento vaginal, reconstrução do hímen, levantamento do clitóris, redução do capuz clitoriano, entre outros, como o aumento do ponto G.

David Matlock (ginecologista, obstetra, cirurgião plástico vaginal das estrelas de Hollywood e fundador do Instituto de Rejuvenescimento Vaginal em Los Angeles) é conhecido como o “rei” deste tipo de intervenções e garante que, através desta cirurgia, as mulheres vêm a aumentar significativamente o seu prazer sexual (Pinto n.d.). Como qualquer outra parte do corpo, o órgão genital feminino não se encontra livre de considerações estéticas que podem refletir na vida da mulher e ainda nas relações sexuais, podendo tornar-se um pesadelo para estas. O sexólogo Jorge Cardoso

⁵ Reproductive Health Matters (RHM) – Jornal Internacional com duas tiragens anuais sobre saúde reprodutiva feminina (Berer 2011a: 10).

reconhece que a insatisfação com a imagem pode acarretar problemas a nível do relacionamento sexual, e uma das consequências desta insatisfação pode conduzir à inibição da mulher que, focalizando-se no problema, não consegue atingir o orgasmo e no pior dos casos pode mesmo provocar o evitamento sexual (Cardoso n.d.).

O aumento da procura das cirurgias genitais mostra que as mulheres do século XXI tendem a estar mais preocupadas com a sua qualidade de vida e mostra também que para além de não ficarem conformadas com determinado problema do seu corpo, por mais íntimo que seja, sabem como procurar solução recorrendo à intervenção cirúrgica e deixando de lado a vergonha que as prendia anos atrás - fruto do tabu que os procedimentos cirúrgicos acarretam. Mesmo havendo uma queda do referido tabu ainda há algum constrangimento na procura dos cirurgiões da intimidade. Tal como comprova o Dr. Ângelo Rebelo⁶, é muito raro uma mulher confessar ao marido que pretende fazer cirurgia genital, pois não sabe ao certo como abordar a questão. Segundo o mesmo, as mulheres surgem na primeira consulta acompanhadas de uma amiga. Garante ainda que

“muitas mulheres não conhecem a sua anatomia e, por isso, são capazes de viver com uma deficiente qualidade de vida sexual. Quando sabem que estas cirurgias não se praticam apenas pela estética e se submetem às mesmas a sua vida afetiva sofre uma mudança positiva” (Villalobos 2006).

Estatísticas referentes ao sexo feminino definem o perfil das mulheres que fazem este tipo de cirurgias - mulheres com filhos, com idades compreendidas entre os 30 e 40 anos, uma vida sexual ativa e que desejam recuperar o tónus do seu órgão genital (Pinto n.d.).

Podemos constatar que a cirurgia genital é uma prática que tem vindo a despertar interesse nas mulheres ocidentais, observando-se nos últimos anos um aumento da sua procura por parte destas. Esta técnica, originalmente desenvolvida em França pelo cirurgião plástico Jean Pierre Fournier (Villalobos 2006), tem vindo a ganhar popularidade em todo o Mundo inclusive em Portugal que, apesar de só agora ser alvo de maior procura, já existe há cerca de vinte anos (Revista Maria 2012). As razões que justificam a procura destas cirurgias podem ser diversas, contudo, esta intervenção procura essencialmente uma melhoria estética e funcional dos órgãos genitais

⁶ Dr. Ângelo Rebelo, Cirurgião na Clínica Milenio

femininos. Inicialmente, esta técnica foi desenvolvida com o objetivo de combater alguns problemas como questões genéticas ou congênitas que surgem mesmo antes do nascimento. No entanto, alguns problemas vão aparecendo também com a idade devido a alterações hormonais, consequências negativas do parto e mesmo da menopausa. Com o tempo, os médicos aperceberam-se dos danos psicológicos que o aspeto estético da genitália causa nas mulheres, começando a ver a cirurgia genital como uma possível solução (Martins n.d.). Assim, estas cirurgias surgem com o intuito de dar a oportunidade a todas as mulheres de superar situações traumáticas, devolvendo-lhes a autoestima e o conforto, proporcionando-lhes também, um melhoramento a nível sexual que devido a alguns dos fatores apontados acabaram por perder. A cirurgia dos genitais pode também não passar de mais uma forma de obtenção de lucros. Pequenas, grandes, largas, apertadas. Tudo pode servir de motivo (Berer 2011: 10).

a) “Normal” vs “Anormal”

A cirurgia genital estética feminina é um procedimento relativamente novo, tendo sido conhecidas as primeiras cirurgias em meados dos anos 80 nos EUA. Virginia Braun (*apud* Andrade 2011) defende que o que divide o corpo normal do corpo perfeito representa o motivo que leva certas mulheres a procurar a cirurgia íntima, e o motivo pode prender-se com imagens vindas da pornografia. A insatisfação com a aparência e funcionalidade dos órgãos genitais e a falta de autoestima nasce por meio de programas televisivos e da imprensa escrita sobre cirurgia plástica (Falcão n.d.) e segundo o cirurgião plástico português Ângelo Rebelo, numa entrevista ao Correio da Manhã (Villalobos 2006), todas as mulheres que procuram tratamento estético têm referências. Na cirurgia genital acontece o mesmo e desta forma muitas das suas clientes têm como referência as manequins da Playboy e das suas vaginas.

Esta construção do “normal” versus “anormal” é moldada também através de discursos presentes na medicina estética que por sua vez se fazem ouvir através dos *media* (Andrade 2011: 29). No mesmo sentido, Johnsdotter e Essen (2011: 47) referem que o tema começa a surgir cada vez mais em jornais e revistas onde os cirurgiões da área dão o seu parecer sobre a prática em si. Apontam a depilação como fator de grande

importância na percepção do aumento do fenômeno. Esta tendência proporciona uma maior visibilidade do órgão feminino o que vai contribuir para o surgimento de uma nova estética que tem como finalidade o genital perfeito. Johnsdotter e Essen (2011: 47) também se referem à indústria pornográfica como fator contributivo, visto ser através dessas imagens que a mulher se inspira, através de lábios interiores reduzidos, e quase inexistentes, das atrizes pornográficas.

Andrade, através de uma pesquisa envolvendo hospitais e clínicas⁷ chegou a algumas das motivações que levam as mulheres a submeterem-se à cirurgia estética como é o caso do descontentamento com o corpo, principalmente após a gestação. Os seios e a barriga menos firmes e lisos levam à baixa autoestima e conseqüentemente à vontade de voltar a ter o corpo “normal” comparativamente ao que tinham anos atrás. Um outro resultado, ao contrário do que se possa crer, é que a decisão de fazer a cirurgia não teve como motivação agradar ao parceiro mas antes agradar a si mesmas e garantir o seu bem-estar físico e psicológico⁸. As mulheres entrevistadas que ainda não tinham decidido fazer cirurgia estética referiram a pressão social que sofrem com o passar da idade (Andrade 2011: 30-31). A uroginecologista Linda Cardozo (*apud* Plowman 2010: 112) estabelece o seguinte paralelo entre a CE, a depilação e outros rituais de beleza:

“A tendência em direção à depilação dos pelos pubianos vem crescendo enormemente, as pessoas vem fazendo coisas com os seus pelos pubianos assim como estão fazendo com os cabelos e, assim, se você pode fazer uma cirurgia cosmética no rosto, também pode fazer nos genitais.”

A apresentadora Lisa, a sua mãe e os amigos⁹ concordam que a depilação, ao deixar o genital mais visível, provoca insegurança ao expor o corpo das mulheres aos seus parceiros sexuais (Rogers *apud* Plowman 2010: 112). A pornografia volta a aparecer como causadora de insegurança. Uma outra entrevistada, que admite assistir a filmes pornográficos com o seu marido, diz ter vontade de se submeter à cirurgia devido aos genitais “perfeitos” e quase invisíveis que vê nas modelos pornográficas. A mesma mulher garante que desta forma sente que o seu genital não é atraente, comparativamente ao das referidas modelos. A idade, segundo Plowman, pesa também

⁷ Estudo envolveu observação participante e entrevistas semiestruturadas

⁸ Segundo discursos de pacientes que se submeteram à cirurgia: “Eu estou fazendo para melhorar minha auto-estima” (mulher com 26 anos); “Eu queria ser normal” (mulher com 32 anos) (Andrade 2011: 31).

⁹ Entrevistados por Virginia Braun durante o programa apresentado por Lisa Rogers no Channel 4, Reino Unido, 17 de Agosto de 2008. Lisa Rogers, familiares e amigos acabaram também por serem entrevistados.

nesta demanda, ou seja, a vulva idealizada é aquela com a aparência similar à vagina de uma mulher jovem. Várias das mulheres entrevistadas apoiam a sua insatisfação nos efeitos negativos da idade, no entanto, nenhum dos cirurgiões aponta a cirurgia como motivo para a correção dos efeitos da idade (Rogers *apud* Plowman 2010: 112).

Alguns dos homens entrevistados, como foi o caso do marido de Lisa e os seus amigos, mostraram não saber da insegurança que a aparência dos genitais pode causar às mulheres, contrariamente a outros. Este documentário aponta para duas causas que podem levar as mulheres a procurar a CG: a falta de conhecimento sobre a diversidade normal da aparência dos genitais femininos e a ansiedade e insegurança devido às opiniões dos parceiros sobre a vulva, ou seja, o grau de importância que estes dão à sua atratividade. Uma conclusão a que o documentário não chega é se esta questão é apenas heterossexual, pois não houve discussão envolvendo outras orientações sexuais.

Para além de mim, outros tentam perceber se a vida sexual da mulher fica melhor depois de alguns milímetros a mais ou a menos nos lábios genitais. Berer (2011) vê a demanda pela cirurgia genital como uma forma desesperada de obter algo irreal, principalmente quando estas mulheres se dizem inspiradas nos genitais das atrizes de vídeos pornográficos. Através destas imagens, muitas vezes alteradas digitalmente, as mulheres seguem uma espécie de “modelo” e para tal recorrem à cirurgia estética. Outro motivo que pode levar à procura do procedimento é a sensação de que os grandes lábios saem da roupa interior feminina, o que leva a crer que “não deve acontecer, logo não é normal”. Gira em torno deste fenómeno uma cultura em que as pessoas se sentem na obrigação de mudar a sua imagem e a sua identidade sexual. Nas suas entrevistas a médicos e a psicólogos, Andrade revelou que durante os seus discursos muitos destes médicos invocam o mau estar psicológico destas mulheres como argumento para a busca da cirurgia como cura dos seus problemas. Mas será isto verdade? Nestas entrevistas, Ivo Pitanguy¹⁰ acredita que toda a gente tem direito à beleza e só assim o paciente se sente bem com ele próprio, pois a sua imagem e o resto do universo encontram-se em harmonia. A sua filosofia defende que toda a cirurgia é terapêutica pois o problema pode não estar no corpo mas sim na alma. Sendo assim concordo com Berer. Todos nós precisaríamos de submeter-nos à cirurgia. Ironia à parte, tudo isto não passa de uma necessidade fabricada de onde não está ausente é a obtenção de dinheiro.

¹⁰ Ivo Pitanguy é considerado pai da cirurgia reconstrutiva no Brasil (Berer 2011: 14)

Leonore Tiefer refere no seu artigo “Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance” publicado em 2006¹¹, que a vida sexual se tornou vulnerável à mercantilização da doença. Com o controlo social e político sobre a expressão sexual que envolve o tema numa nuvem de vergonha e ignorância, a mulher é levada a procurar soluções rápidas mesmo sem entender o seu “problema” (se é que realmente existe um problema). Outra questão que alimenta a demanda por estas soluções é a cultura popular que inflaciona a importância por uma vida sexual “boa” como solução para uma satisfação pessoal. Segundo a mesma, tanto a ciência como os *media* são os grandes agentes que aguçam o apetite por esta cura a uma doença por eles mesmos fabricada. Se a cirurgia pode servir como cura de um mal psicológico, o que podemos pensar sobre a reconstrução do Hímen? Não se trata de uma questão estética, no entanto também não existe um outro termo para o qualificar para além de um conjunto de motivos culturais que podem levar a mulher a procurar tal solução. Berer (2011: 14) garante sentir pena destas mulheres que procuram a cirurgia em vez de saber lidar com o decorrer da vida, com a idade.

Sabemos que existe uma grande variedade no que respeita à aparência normal dos genitais femininos pois existem vários tamanhos, formas e cores. Contudo, não sabemos o limite dessa variedade pois nunca foi definido que tamanho e proporção tem de ter uma vulva para se considerar anormal. Lisa Rogers (*apud*

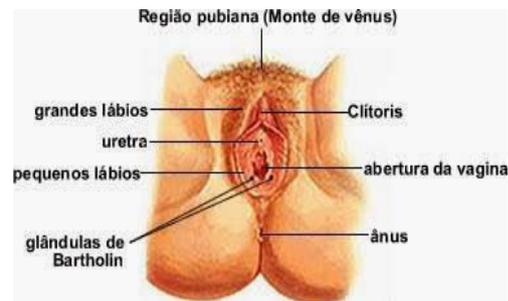


Ilustração 2 – Constituição do Órgão Genital Feminino

Plowman 2010: 112-113) chega à sua própria conclusão quando compara a normalidade genital com a normalidade de outra parte do corpo. A título de exemplo, a apresentadora diz que de um pé se espera cinco dedos mas se um pé tiver seis dedos não deixa de ser um pé, apesar de não se considerar um pé normal. Vejamos se podemos aceitar esta definição sugerindo que “as vulvas normais” consistem na composição de pequenos e grandes lábios, vagina, clitóris e capuz clitoriano, embora as percepções de normalidade a respeito de seus tamanhos e formas estejam sujeitas a limitações, assim como a altura e o peso estão. É, de certa forma, a mesma teoria utilizada automaticamente pela

¹¹ (Tiefer 2006) Obtido a 18 de Agosto de 2014
<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030178>)

sociedade em geral, no que respeita a qualquer outra parte do corpo. Mas porque se considera que grande não é bonito? Wolf (*apud* Plowman 2010: 113) aponta que o conceito e padrão de beleza vai sempre depender da sociedade em que se está inserido. Enquanto na sociedade Maori se considera lábios grossos mais bonitos do que finos, em outras partes do mundo, como o Reino Unido, a beleza das parte do corpo se prende com a pequenez.

b) Procedimentos Cirúrgicos Genitais

Os procedimentos cirúrgicos de alteração dos genitais podem ser diversos e dentro dos mais comuns está o processo de redução dos pequenos lábios vaginais, conhecido por labioplastia, a perineoplastia, vaginoplastia, a himenoplastia, plastia do ponto G, lipoescultura do púbis (monte de vénus), clitoroplastia e o lipofilling vaginal.

Das cirurgias genitais referidas a mais comum é a *labioplastia* que consiste na remoção do excesso de pele dos lábios vaginais. Na maioria dos casos, esta cirurgia é utilizada como

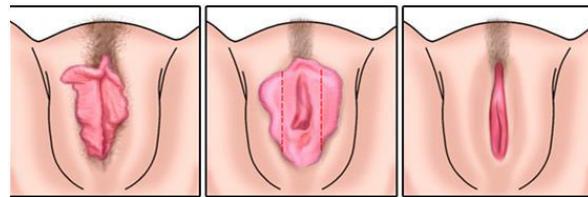


Ilustração 3 - Labioplastia

resposta não apenas a problemas do foro estético mas também como resposta a problemas funcionais. No primeiro caso, os lábios pequenos ultrapassam o comprimento dos grandes lábios ficando assim mais visíveis (Plowman 2010: 113), o que tornaria o órgão genital menos atraente. No que respeita à questão funcional, o problema prende-se sobretudo com o fato dos pequenos lábios, quando demasiado extensos, impedirem a saída de corrimentos o que pode gerar odores desagradáveis e o desenvolvimento de infeções (infeções urinárias e candidíase vaginal por exemplo). A sua grande dimensão pode também causar desconforto durante as relações sexuais e com o uso de roupas justas, tornando-se visíveis. A *perineoplastia* é uma cirurgia realizada com o intuito de corrigir sequelas pós parto maioritariamente, e é realizada no exterior da vagina (no períneo), visto o rasgo sofrido no parto ser entre a vagina e o ânus. A perineoplastia pode também ser utilizada para o estreitamento da entrada vaginal (Revista Maria 2012). Os riscos desta cirurgia são muito raros sendo a infeção a

complicação mais comum e que pode ser evitada com o uso de anti-inflamatórios como acontece na grande maioria das cirurgias genitais. A *vaginoplastia* é realizada muitas vezes em conjunto com a perineoplastia. Esta tem o intuito de reforçar a musculatura interior da vagina que se tornou relaxada pela idade ou pelo parto. É realizada no interior da mesma, logo tem um objetivo puramente funcional e não estético (Falcão n.d.).

O processo de reconstrução do hímen, também conhecido por *hímenoplastia*, é considerado um procedimento mais raro quando comparado com os outros e acarreta um fator justificativo associado a razões culturais, sociais e religiosas como refere o cirurgião Biscaia Fraga. Para estas mulheres a sua virgindade pode representar a honra da família (Martins n.d.). Apesar de soar como uma tradição do passado são muitas as culturas que ainda prezam a virgindade até ao casamento como é o caso da etnia cigana, onde esta é vista como inquestionável. Olga Marinho, presidente da Associação para o Desenvolvimento das Mulheres Ciganas Portuguesas reconhece a reconstrução do hímen como algo sem sentido pois “Uma mulher não volta a ser o que já não é. Se perdeu a honra, não a volta a ter”. Esta cigana afirma ainda que “Se eu soubesse que a minha nora tinha feito uma coisa dessas tinha uma grande desilusão. E o meu filho tinha todo o direito de a devolver à família” (Santos 2006). Esta cirurgia nascida em França rapidamente ganhou fama por todo o mundo e estranho será dizer que no Brasil, apesar da grande abertura em relação a todo o tipo de cirurgias plásticas (genitais e não genitais), este procedimento é ainda bastante recente e como tal enfrenta ainda algumas resistências a nível étnico, principalmente¹². Uma outra cirurgia referida como das mais frequentes é a *plastia do Ponto G*. Aqui reside um pequeno procedimento que visa aumentar a sensibilidade e excitabilidade da mulher através da introdução de determinados produtos, como por exemplo o ácido hialurónico e policriamidas. Um outro processo é o aumento desta zona através de tecido adiposo, após tratamento do mesmo, retirado de outras partes do corpo da própria paciente. Neste sentido existe uma outra cirurgia que visa o mesmo “efeito” nas mulheres, a *clitoroplastia*. O clítoris, uma das zonas de maior sensibilidade na mulher, está coberto por uma camada de pele que se dá pelo nome de prepúcio. Assim, o procedimento habitual desta cirurgia prende-se com

¹² (Guerreiro 2013) Obtido a 14 de Dezembro de 2013 (<http://www.developping.com/cirurgia-plastica/himenoplastia/>)

a remoção de parte dessa pele, deixando-o mais exposto e portanto mais sensível. Segundo Ângelo Rebelo esta

“é uma cirurgia que requer muito cuidado porque o clítoris é muito enervado, pelo que a mulher que quer efetuar este tipo de cirurgia tem de se conhecer muito bem e saber o que quer. Pode ficar em permanente excitação – por exemplo, ao toque da *lingerie* –, o que, em vez de ser agradável, pode ter o efeito inverso e ser extremamente desagradável.”¹³.

Outros fatores que podem estar na razão da sua procura é a idade ou até mesma a sua exagerada dimensão o que leva a cirurgias de reposicionamento, levantamento e remodelação do clítoris. Ao contrário das cirurgias de rejuvenescimento, a plastia do ponto G e as cirurgias em torno do clitóris têm objetivos puramente funcionais como o alcance do orgasmo. Segundo um ginecologista alemão, o ponto G situa-se num local rugoso no interior da vagina e como refere o mesmo médico é uma zona composta por terminações nervosas sensoriais que proporcionam prazer à mulher (Borges n.d.).

A *lipoescultura do púbis* (monte de vénus) corresponde à remoção de gordura da zona coberta de pelos acima do púbis. Esta cirurgia é geralmente procurada por mulheres que tenham um volume excessivo nessa região e que se torna muitas vezes visível através das roupas, principalmente do fato de banho. Esta cirurgia vai trazer maior conformidade em volume e forma. A idade e o excesso de peso podem ser os fatores que mais levam as mulheres a procurarem este procedimento (Colaneri n.d.). O lipofilling vaginal traduz-se na colocação de um excerto de gordura para aumentar o volume dos grandes lábios que com a idade vão “atrofiando”. Este enchimento é realizado através de injeções de gordura (Revista Maria 2012)¹⁴.

Este conjunto de procedimentos, segundo Ângelo Rebelo e o sexólogo Jorge Cardoso (Cardoso n.d.), acarreta uma negação da realidade pois, como eles mesmo sublinham, há uma falsa perspetiva no que respeita ao resultado final. Apesar de muitas das cirurgias íntimas melhorarem a atividade sexual e a qualidade de vida da mulher, a cirurgia genital não vai por si só dar o prazer ou o orgasmo à mulher. Acrescentam ainda que estes sentimentos prazerosos dependem sobretudo da disponibilidade mental e do grau de excitação da mulher, dependendo também, da competência do parceiro. A não aceitação do envelhecimento pode ser uma das consequências perversas deste

¹³ (Borges n.d.) Obtido a 28 de Maio de 2012 (<http://sub.maxima.xl.pt/0508/corpo/100.shtml>)

¹⁴ Estas injeções de gordura são realizadas através da introdução de materiais absorvíveis também utilizadas em cirurgia estética facial¹⁴.

procedimento (Cardoso n.d.). Algumas destas cirurgias podem ser agrupadas no procedimento denominado “rejuvenescimento vaginal” que surge com o intuito de proporcionar à mulher maior conforto e autoestima. Este procedimento é composto por várias técnicas como cirurgia corretora das alterações do tamanho dos lábios, estreitamento vaginal e correções do volume do púbis (Cabral n.d.).

Apesar de em termos médicos este tipo de cirurgia não ser novidade, só recentemente este tema tem vindo a ser mais abordado. Segundo os resultados de um estudo realizado no Reino Unido (Falcão n.d.), os médicos britânicos demonstraram-se preocupados com o número de cirurgias estéticas genitais realizadas sendo que, apenas no setor público, apontavam para cinco vezes mais no espaço de 10 anos.

Na generalidade, estas são cirurgias simples - e por isso também mais acessíveis financeiramente - com anestesia local, realizadas sem necessidade de internamento e sem grandes alterações da vida quotidiana, nem grandes restrições para o recomeço da atividade sexual¹⁵. Algumas destas intervenções chegam a ser feitas até mesmo por ginecologistas logo após o parto, contudo, quando se trata de cirurgias mais complicadas estes acabam por aconselhar médicos com formação cirúrgica (Villalobos 2006). O cirurgião Ângelo Rebelo refere ainda que qualquer mulher de maioridade pode recorrer à cirurgia íntima e que o resultado é sempre satisfatório visto que, segundo o mesmo, “interfere, positivamente, com a autoestima do corpo e com a sexualidade”. Contudo, não está fora que hipótese a cirurgia em meninas de menoridade. Se uma adolescente com alguma malformação genital pedir para se submeter a cirurgia, situação em qual o cirurgião (juntamente com um psicólogo) denota que há uma sobreposição da parte psicológica à parte física, então opta por fazer a cirurgia (Martins n.d.). Ao longo do trabalho foi necessário virar a atenção para o que era publicado nos *media*, e em todos os artigos analisados foi possível concluir que os problemas mais comuns que levam as mulheres a optarem por este procedimento são o excesso de tamanho dos pequenos e grandes lábios vaginais, ou ainda o excessivo volume do monte de vénus – que pode inibir as mulheres ao utilizar roupas mais justas ou que deixam as partes genitais mais notórias como é o caso do bikini. Concretamente, o cirurgião plástico Biscaia Fraga aponta como uma das causas mais frequentes para a procura da cirurgia genital o pós-parto, isto é, mulheres que após ter um ou dois filhos através do parto

¹⁵ Obtido a 4 de Abril de 2013 (<http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/portugal/cirurgias-vaginais-aumentam-prazer>)

normal apresentam um aumento exagerado das dimensões genitais. Biscaia Fraga refere-se a um dos procedimentos – vaginoplastia - como sendo uma cirurgia com grande impacto na vida sexual das mulheres, referindo que

“esta reconstrução do canal vaginal, ao ser elaborada criteriosamente, é feita a nível dos músculos relaxados da bacia (músculos do pavimento do períneo) e realizada a modelação da mucosa vaginal, conferindo uma estrutura tridimensional, equilibrada e harmoniosa, com notória repercussão funcional sexual, o que leva as pacientes a afirmarem que o relacionamento íntimo melhorou espantosamente, ou voltou à situação antes dos partos”¹⁶.

Curiosamente, o pedido da hímenoplastia começa a surgir como prenda de casamento garante Ângelo Rebelo no seu testemunho ao Correio da Manhã. Contudo, para que a “prenda” tenha efeito deve ser realizada dois a três dias antes do ato (Villalobos 2006).

c) Pesquisas e trabalhos de Campo existentes

Apesar de avançado no que respeita à cirurgia plástica / estética em geral, a questão da cirurgia genital no Brasil não tem sido alvo de muitos estudos. Os cirurgiões brasileiros distinguem três tipos de Cirurgia Estética Genital: redução dos pequenos lábios (labioplastia), preenchimento dos grandes lábios e estreitamento do canal vaginal (vaginoplastia). Estes três procedimentos são regularmente procurados após a realização de parto normal. Para alguns cirurgiões este é uma cirurgia simples e inofensiva sem grande risco ou efeitos colaterais. Durante um estudo realizado no Rio de Janeiro sobre cirurgia estética conduzido por Daniela Dorneles de Andrade (2011), uma cirurgiã referiu o facto de realizar a cirurgia dos pequenos lábios e, no entanto, recusaria fazer a reconstituição do hímen pois não concorda com as motivações de tal cirurgia. Os cirurgiões entrevistados ao longo da pesquisa aconselham estes procedimentos em caso de dor durante as relações sexuais, por exemplo. Aconselham por motivos estéticos ou médicos. Um outro cirurgião referiu também que “as mulheres que se submetem a este tipo de cirurgia, em geral, têm um complexo de masculinidade” (cirurgião plástico, 55 anos) (Andrade 2011: 32). A autora também tentou entrevistar pacientes mas nenhuma

¹⁶ (Martins n.d.) Obtido a 21 de Junho de 2013 (<http://mulher.sapo.pt/moda-beleza/corpo-estetica/beleza-intima-1142797.html>)

concordou em ser entrevistada o que leva a crer que ainda há um certo tabu em relação a este procedimento.

Andrade questionou alguns dos estudiosos da cirurgia genital feminina sobre o fato de esta poder ter alguns paralelos com a mutilação genital, contudo, uma grande parte admitiu não ter conhecimento aprofundado sobre a prática da mutilação. A psicóloga entrevistada acredita que ambas as partes não passam de uma enorme agressão ao corpo e, segundo uma socióloga, as duas práticas só diferem na intenção pois enquanto uma tem por objetivo diminuir o prazer sexual da mulher, a outra procura aumentar e melhorar a vida sexual feminina. Na opinião do ginecologista incluído na pesquisa a cirurgia genital acarreta não apenas a funcionalidade de melhorar o prazer sexual da mulher como também reverter os danos causados pela mutilação genital nas mulheres africanas. No Brasil, apesar de não haver estudos sobre a cirurgia genital é possível encontrar todo o tipo e variedade de publicidade a este procedimento estético (Andrade 2011: 32).

“*The Perfect Vagina*” foi o nome dado a um documentário filmado no Reino Unido e transmitido a 17 de Agosto de 2008 no Channel 4, que tinha como tema a cirurgia estética dos genitais femininos (CEGF). Segundo Virginia Braun (*apud* Plowman 2010: 111) este procedimento cirúrgico, tal como o próprio nome indica, é feito por motivos estéticos e não reconstrutivos. O canal televisivo convidou Lisa Rogers como apresentadora do tema e esta aceitou a proposta depois do seu médico lhe ter dito que a insatisfação com os genitais era comum entre as mulheres. Durante o programa, a apresentadora entrevista uma grande variedade de pessoas como cirurgiões, mulheres que pensam alterar os genitais por questões estéticas, amigos do sexo masculino, ginecologistas, entre outros. Na opinião dos cirurgiões plásticos as mulheres têm toda a liberdade de alterar os seus corpos caso estes as afetem psicologicamente. Assim, ajudam as suas pacientes a aumentar a sua autoconfiança até porque, para os cirurgiões, a CG não é diferente das outras cirurgias estéticas. As mulheres quando pensam fazer esta cirurgia acabam por minimizar a gravidade e os riscos que podem correr. Elas colocam em primeiro plano os seus sentimentos, o que a sua vulva “anormal” faz sentir de negativo. É neste sentido que as mulheres têm uma perspetiva diferente dos cirurgiões em relação à cirurgia genital pois os cirurgiões colocam a ênfase sobre escolha e imagem corporal, já a mulher dá mais importância ao problema físico e aos sentimentos que isso lhe provoca.

A psicóloga/ sexóloga Marta Reis, na sua entrevista à Revista Estética Viva (Martins n.d.), garante que a “Saúde é sinónimo de bem-estar emocional, social e físico. Por isso, quando a pessoa está insatisfeita com a sua imagem a ponto de querer trocá-la, deve consultar especialistas que a ajudem na promoção da sua saúde mental e física”. Mais do que se pensa existem, cada vez com mais frequência, mulheres insatisfeitas com os seus genitais e este descontentamento pode acarretar traumas psicológicos e intelectuais que vai interferir com o relacionamento afetivo causando, assim, um sofrimento tanto físico como psicológico. Marta Reis recorda também que a mulher apenas se deve submeter à cirurgia genital quando

“tiver sido bem informada, demonstrar segurança com o que vai fazer, sem ansiedade excessiva e depressão. Para o cirurgião plástico é necessário ter a certeza de que a insatisfação do paciente está baseada numa visão coerente da sua aparência. Não deve ser uma queixa puramente emocional, com uma visão distorcida de si mesma. É fundamental abordar o lado psicológico, já que será uma transformação permanente no corpo, com um grande poder sobre a autoestima” (Martins n.d.).

Nesta linha de pensamento verifica-se então que os cirurgiões da intimidade não operam qualquer mulher. Algumas operações podem ser negadas devido a questões psicológicas, como foi possível verificar anteriormente, mas podem ainda haver outras razões. Ao Correio da Manhã, o cirurgião Ângelo Rebelo revela que quando verifica algum tipo de perturbação vê-se obrigado a recusar. Ele dá o exemplo de uma paciente que desejava ficar em constante excitação, o que é possível tecnicamente através da remoção do excesso de prepúcio. Ângelo Revelo explica ainda que com isto a mulher podia excitar-se apenas com o toque da *lingerie*. Como costuma exigir todo o historial clínico das suas pacientes e indicar uma variedade de exames e análises (HIV por exemplo) (Villalobos 2006), pode acabar também por recusar algumas cirurgias caso haja algum problema que impossibilite bons resultados (Santos 2006).

O testemunho de Adriana Jardel¹⁷, foi publicado em revistas e jornais como o Correio da Manhã onde é relatado o seu caso. Após dois partos normais, a produtora de eventos em Portugal sentiu que o seu órgão genital estava diferente e que apesar de todos os cuidados que foi tendo a sua vagina não voltou ao que era. Quando soube da existência da cirurgia genital em Portugal não hesitou em fazer e após consultar a sua ginecologista, que se mostrou a favor da ideia, decidiu recorrer ao cirurgião Ângelo Rebelo. Desde o primeiro parto que Adriana procurava resolver o seu problema, não por

¹⁷ Adriana Jardel - filha do falecido ator brasileiro Jardel Filho e residente em Portugal.

questões estéticas pois o que iria fazer resume-se a um procedimento interno. O objetivo era deixar de sentir, durante a relação sexual, que a sua vagina estava maior do que antes e para isso teria de corrigir o relaxamento que o órgão genital sofreu com as gravidezes, recuperando a sua saúde sexual. Segunda ela, espera que ao dar a cara por este tema “possa ajudar outras mulheres a procurarem ajuda para os seus problemas íntimos” (Villalobos 2006).

III. Mutilação Genital Feminina

Ao longo desta pesquisa, o foco sempre esteve nas modificações genitais e nos contextos em que se inserem. As várias leituras sobre o tema em causa suscitaram a necessidade de abordar a questão da Mutilação Genital Feminina (MG) de forma a poder vincar as ligações existentes entre esta prática e as cirurgias íntimas.

A mutilação genital é uma prática sociocultural difundida, principalmente, no continente africano e em algumas partes da Eurásia, cujas origens surgiram na Egito num passado longínquo e que prevalece nestas sociedades até aos dias de hoje (Neto, Medeiros, et al. 2011: 1). Este é um fenómeno que vem sendo discutido, no mundo ocidental, como uma prática bizarra que ocorre no seio das comunidades Africanas (Cunha 2013, Johnsdotter e Essen 2011: 45). Foi em grande parte através de Fran P. Hosken, investigadora e ativista feminista radical, que a terminologia antes utilizada para descrever o fenómeno social em questão - “circuncisão feminina” – passa a dar lugar à de mutilação genital feminina. O termo defendido por ela é o que ainda hoje é utilizado pela Organização Mundial da Saúde, embora agora admita e recomende a expressão “Cortes Genitais Femininos” (Associação para o planeamento da família 2004). Algumas organizações acabaram por abandonar o termo, utilizando um menos agressivo - “incisão genital feminina” – uma vez que o de Hosken pode ser visto como possivelmente ofensivo (Johnsdotter e Essen 2011: 45). Termos como "circuncisão feminina", "*sunna*" ou “excisão” são considerados mais adequados, positivos e significativos, quando utilizados no seio das comunidades onde esta prática ocorre.

Como representam uma terminologia local acabam por ser considerados termos mais neutros e não tão chocantes e discriminatórios para as mulheres e crianças, respeitando o contexto sociocultural no qual esta prática ocorre (Gonçalves 2004: 9). A terminologia “mutilação” está também associada ao olhar sobre esta prática como instrumento de opressão e controlo sexual das mulheres, no entanto esta é uma visão muito generalizadora (Cunha 2013: 841) tendo em conta toda a diversidade contextual existente.

A designação Mutilação Genital Feminina, adotada em meados da década de 90 através de organizações como a OMS, está longe de se tratar de uma designação técnica neutra. Abu-Sahlieh (*apud* Cunha 2013: 838) refere que o termo “mutilação genital” teria substituído o de “circuncisão feminina”, mudança levada a cabo por ativistas feministas da OMS, no intuito de se protegerem de acusações de antissemitismo e islamofobia. A edição de “Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta”¹⁸, publicada em 2009 pela Associação para o Planeamento da Família (APF), refere-se à mutilação genital feminina como todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos culturais e não médicos.

Como refere Walley (1997: 407) a “gravidade” do procedimento pode variar consoante o povo, a cultura e a localização geográfica. Na verdade, estas práticas são oriundas de diversas culturas e como tal ocorrem em uma variedade de locais, provenientes da Indonésia, Médio Oriente, a Europa e os Estados Unidos. Contudo, a grande maioria tem origem no continente africano, em países tão diversos como Sudão, Somália, Etiópia, Egipto, Quênia, Tanzânia, Nigéria, Togo, Senegal e Mali. Por norma, os praticantes são muçulmanos, cristãos, Judeus e seguidores de religiões indígenas africanas (Walley 1997: 407). Em 2006, a OMS e outras organizações internacionais alertavam para o fato de que entre 100 a 140 milhões de meninas e mulheres já tinham sido submetidas à mutilação genital e que mais de 2 milhões, por ano, estariam em risco (Organização Mundial de Saúde e Associação para o planeamento da família 2009). O risco de contágio de doenças como a SIDA é iminente sendo este um dos motivos que leva organizações como a CARE a expor, junto das comunidades, os problemas originados pela excisão, deixando sempre as decisões finais para os membros do

¹⁸ Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM e OMS (Organização Mundial de Saúde e Associação para o planeamento da família 2009)

respetivo grupo. Têm como papel fundamental apresentar fatores que estimulem a reflexão a respeito da prática. Já a OMS enumerou um leque de complicações físicas e psicológicas que a mutilação genital pode provocar na mulher, levando até junto das mesmas essas informações¹⁹. Segundo Elena Jirovsky (*apud* Berer, 2011: 10) surgiu recentemente um procedimento cirúrgico para reconstruir o clitóris mutilado e têm surgido, também, vários produtos químicos para alcançar efeitos similares à mutilação genital²⁰. Com o mesmo objetivo da MG, mulheres na África do Sul fazem cortes nos genitais, seios e abdômen para inserir “medicamentos do amor”, dizem. O objetivo prende-se com a ideia de “prender” os seus maridos obtendo assim a sua fidelidade.

A Declaração Conjunta classifica a mutilação genital considerando quatro categorias. O tipo I refere-se à clitoridectomia onde se verifica a remoção parcial ou total do clitóris e/ou do prepúcio; no tipo II, a excisão, que se traduz na remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios; o tipo III é denominado infibulação é verifica-se o estreitamento do orifício vaginal pelo corte e aposição dos pequenos e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clitóris; por fim o tipo IV que corresponde a todas as outras intervenções nefastas sobre órgãos genitais femininos²¹. Os três primeiros tipos foram verificados, segundo esta mesma declaração, em 28 países Africanos e alguns da Ásia e Médio Oriente.

A terminologia utilizada pelas várias agências internacionais, “mutilação”, suscita, por si só, reações negativas um tanto propositadamente. A ideia passa por enfatizar a gravidade do ato (Declaração Conjunta de 2009). Agências das Nações Unidas, utilizam a expressão “corte” de forma a persistir na importância não valorativa das comunidades praticantes. Com as duas designações sublinham a ideia de que esta prática é um ato de violação

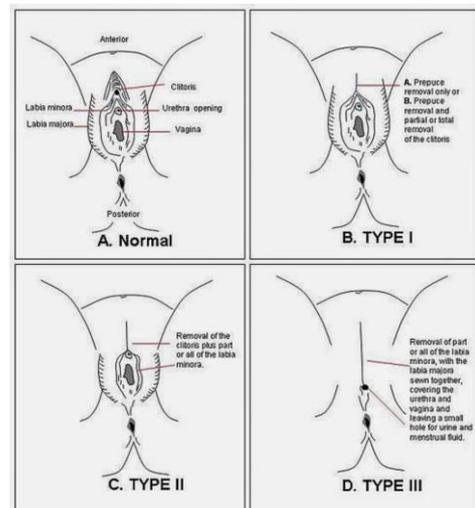


Ilustração 4 – Três tipos de MG segundo a Declaração Conjunta

¹⁹ Opinião e Notícia (2006) Obtido a 16 de Novembro de 2013 (<http://opinioenoticia.com.br/opinioao/artigos/mutilacao-genital-feminina/>)

²⁰ Lubrificantes para facilitar a abertura de uma vagina fechada através da mutilação genital feminina e químicos para estreitar uma vagina normal – técnicas para obter maior prazer durante a relação sexual.

²¹ Exemplos de outras intervenções consideradas no tipo IV: picar, perfurar, incisão/corte, escarificação e cauterização. (Organização Mundial de Saúde e Associação para o planeamento da família 2009)

dos direitos humanos. Resumidamente, a própria “terminologia é produtora de uma dualidade de perspectivas cultural e ideologicamente marcada” (Cunha 2013: 839).

Cunha (2013) partilha da ideia de que os portadores de direitos humanos são indivíduos e não as coletividades (como as culturas). São os indivíduos, como singularidades, que têm direitos e não as categorias coletivas²². No entanto, também não significa que o indivíduo seja visto como ser isolado pois tal suposição não existe. Como o refere Terence Turner (*apud* Cunha 2013: 852), a “humanidade não é uma propriedade do indivíduo considerado independente das relações sociais, mas sim uma qualidade construída por essas relações”. Além disto, uma tradição cultural não pode ser protegida em detrimento dos direitos dos indivíduos e estes têm o direito de resistir às normas sociais e o direito a fazer escolhas. O indivíduo não pode ver estes direitos diminuir por ser parte de uma determinada cultura ou tradição (Cunha 2013: 852).

a) Questões de género e estatuto da criança

Para uma boa abordagem da mutilação genital devo situar esta prática no contexto mais geral das modificações genitais pois, como já havia referido, esta não é uma prática do género, nem exclusiva do género feminino. Não deve haver uma análise isolada da excisão feminina até porque no universo cultural em que se contextualiza, existe sistematicamente a circuncisão masculina.

Apesar das diversas variações contextuais que se verificam no que respeita à mutilação genital, o estatuto da criança como ser social é visto como indefinido por se entender que esta possui aspetos anatómicos dos dois sexos, ou seja, “os órgãos sexuais femininos estariam representados nos homens pelo prepúcio e os masculinos nas mulheres pela parte externa do clítoris” (Cunha 2013: 840-841). Com a remoção de parte da genitália externa, acreditam aumentar tanto a virilidade de meninos como a feminilidade de meninas, diferenciando ambos os sexos. No caso do sexo feminino, a menina deixa para atrás o “sujo” e o “masculino” (Boddy *apud* Walley 1997: 415).

²² Salvo a exceção de situações em que seja necessário a proteção de direitos individuais que sejam negados na base da pertença a essa categoria coletiva. (Cunha 2013: 852)

Apesar de comumente se pensar que este ritual ocorre enquanto criança, sendo esta uma cerimônia de iniciação à vida adulta, em outros contextos é realizada na idade adulta, antes ou depois do casamento ou mesmo antes da primeira gravidez. Podemos considerar os processos de excisão e circuncisão como processos culturais complementares mas são, para além disso, intervenções a que são atribuídas valências higiénicas e estéticas. A pele que cobre o clítoris e a pele que reveste a glândula do pénis são entendidos como podendo favorecer o aumento de acumulação de sujidade e odores e consequentemente as infeções, inflamações e doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo as mães apologistas desta prática, a remoção é tão necessária para as raparigas como se considera ser para os rapazes, tendo em conta que a intenção é zelar pelo bem-estar de ambos – genitais saudáveis e apelativos esteticamente. Para estas, não faz sentido o impedimento desta prática nas filhas quando o podem fazer nos filhos (Ahmadu *apud* Cunha



Ilustração 5 – Ritual de Iniciação

2013: 841). A impureza e sujidade referidas anteriormente podem estar associadas a um plano simbólico, como se alguma coisa estivesse fora do lugar.

b) Estatuto da mulher: motivações culturais e sociais

O papel da mulher na sociedade pode variar consoante a sua origem. As sociedades ocidentais e orientais colocam o sexo feminino em diferentes posições e, apesar do avanço dos movimentos feministas do século XX e do espaço que estas foram ganhando no que diz respeito aos direitos e às oportunidades que antes eram concebidas apenas aos homens, ainda é possível verificar um grande percurso a percorrer em várias áreas. Nas sociedades ocidentais a violência exercida sobre a mulher tem muito a ver com um modo de vida mais instável, resultado da evolução das sociedades e não tanto dos aspetos tradicionais que caracterizam as sociedades orientais. Em países como o Irão, as mulheres são obrigadas a manter o rosto coberto quando saem à rua no intuito de

resguardar a sua beleza para os seus maridos. Contudo, o exemplo referido não é certamente um dos comportamentos mais controversos que envolve o sexo feminino. Contrariamente, a mutilação genital é das práticas mais polémicas no seio das sociedades orientais (Neto et al. 2011: 1).

Os efeitos a nível psicológico sobre as mulheres mutiladas são mais difíceis de se verificar em oposição aos efeitos físicos e revelam-se através da ansiedade, terror, humilhação e traição - problemas que podem prolongar-se por grandes períodos de tempo. Segundo Neto et al. (2011: 2) o choque e o trauma causados por estas cirurgias da tradição podem levar a que a mulher se torne mais calma e dócil e, segundo alguns especialistas, estas podem ser consideradas características positivas na perspetiva dominante das sociedades em que se pratica a mutilação genital. Uma das razões que leva a execução desta prática é a crença de que tal procedimento possa proteger a castidade. Por outro lado, outras mulheres que passaram por estas intervenções não revelam efeitos traumáticos e consideram-na uma experiência positiva e valorizadora como verificou Christine Walley durante uma estadia no Quênia²³. Nestas comunidades, como em muitas outras, o parentesco têm uma dimensão económica muito forte. Assim, uma mulher circuncisada é sinal de um bom matrimónio. A CARE, organização sediada nos Estados Unidos, trabalha no sentido de defender os direitos humanos tendo em especial atenção o sexo feminino. Numa das suas campanhas contra a mutilação genital, expôs parte de uma entrevista realizada no Sudão onde foi possível ver que até mesmo a comida feita por uma mulher não mutilada era considerada suja. Entrevistas realizadas no Quênia, também por esta organização, demonstraram a existência de preconceito religioso traduzido na ideia de que uma mulher não mutilada não podia ser considerada muçulmana. Contudo, não é comum por parte destas mulheres não desejarem ser submetidas à prática por livre e espontânea vontade até porque valorizam os significados positivos a ela inerentes (Opinião e Notícia 2006).

Num outro contexto, Janice Boddy (*apud* Walley 1997: 415) refere que a circuncisão nas comunidades Hofriyati pode ser observada como um ato simbólico que vem enfatizar a feminilidade, centrando-se na fertilidade e na sexualidade feminina. As mulheres Hofriyati ressaltam a sua importância perante a sociedade não por se tornarem

²³ Christine Walley (1997) teve a oportunidade de conviver com jovens das culturas Sabaot e Bukusu onde a circuncisão, feminina e masculina, é vista como um ritual de iniciação.

semelhantes aos homens mas sim por sobrepor as suas diferenças (Boddy *apud* Walley 1997: 415).

A aplicação do termo “mutilação” aos procedimentos genitais femininos e o impacto com que este tema se apresenta na esfera pública, faz com que estas intervenções se prendam com a ideia de mutilação da sexualidade feminina, ou seja, torna-se considerada por muitos como instrumento de opressão e forma de controlo sobre a mulher (Walley 1997). A opinião de que o sexo masculino deve ser sobreposto ao sexo feminino pode estar presente em algumas das comunidades, mas não se verifica como unânime no pensamento de quem vive estas modificações genitais. Quando de fato estas práticas se traduzem em instrumentos opressivos, é importante destacar essas situações como apenas uma das realidades existentes, ou seja, universos de dominação e desigualdade como verificadas em outros contextos e outros tipos de ferramentas opressivas. Não quer dizer que coexistem em todo e qualquer contexto (Cunha 2013b).

Segundo mulheres da Serra Leoa, a remoção de parte dos órgãos genitais externos tem um fim satisfatório no que respeita à vida sexual pois aumenta o prazer feminino ao promover estimulações mais complexas e orgasmos mais intensos²⁴. Para estas mulheres, o prazer sexual é um direito que dizem desfrutar no casamento (Cunha 2013: 842). No mesmo sentido, relatos oriundos do Sudão mostraram, para espanto de muitos, descrições pormenorizadas de orgasmos múltiplos atingidos por mulheres desta comunidade. O médico Nahid Toubia, especialista sobre o funcionamento sexual de mulheres circuncisadas, garantiu esta possibilidade argumentando através da existência de processos pelos quais as mulheres acabam por desenvolver formas de compensar determinadas perdas com o desenvolvimento de domínios sensoriais e emocionais (Walley 1997: 416).

c) Estratégias ao abandono da MG

Com o aumento das migrações e o conseqüente aumento da MG em outros países que não os de origem, é importante perceber que pressão é exercida para

²⁴ Ahmadu (*apud* Cunha 2013a: 93)

incentivar o abandono da prática. O direito penal pode não ser muito ajustado na resolução de questões sociais e menos adequado ainda na questão da excisão. Campanhas de sensibilização e prevenção de riscos acompanhadas de sessões de informação envolvendo professores e profissionais de saúde, têm-se mostrado de considerável eficácia na promoção de estratégias de mudança (Cunha 2013: 845).

A nível Europeu fala-se da existência de diversas medidas como incentivo ao abandono da mutilação genital, mas na prática o único objetivo passa pela sua proibição. Em vez de reprimir a prática com base na lei sobre ofensas à integridade física, alguns países criaram uma lei específica para a mutilação genital acreditando que esta irá oferecer mais garantias do que a lei geral. Não se pode deixar de referir que a expressão “Mutilação Genital Feminina” tem conotações que a de “ofensa à integridade física” não tem. Uma lei que identifica determinado grupo distinguindo-o do resto da população, torna-o mais vulnerável do que quando sujeito a uma lei geral que tem como destinatários todos e quaisquer indivíduos. No entanto, esta lei específica não considera a questão do consentimento, ou seja, o consentimento é irrelevante no que toca à exclusão da culpa mesmo se tratando de uma mulher adulta. Assim, tem-se como certo que: todas as formas de mutilação genital são irreversíveis por igual e que a própria sujeição à MG acarreta a impossibilidade de ser ela mesma voluntária, negando a estas mulheres qualquer liberdade de escolha (Cunha 2013: 848).

No caso da Grã-Bretanha, a mutilação genital estabeleceu-se como crime desde a Lei de Proibição da Circuncisão Feminina em 1985. Tanto na Inglaterra como no País de Gales a mutilação genital é crime de acordo com a Lei da MGF de 2003. Esta Lei diz que “Uma pessoa é culpada se extirpar, infibular ou mutilar qualquer parte dos grandes lábios ou do clitóris de uma mulher”. A mesma lei diz ainda que

“Uma pessoa é considerada culpada se auxiliar, favorecer, aconselhar ou procurar uma mulher para extirpar, infibular ou mutilar qualquer parte dos grandes ou pequenos lábios ou do clitóris de uma mulher” (Berer 2011b: 38).

A Lei da Escócia de 2005 define a mutilação genital segundo a definição da OMS. O aumento da procura destas práticas por parte de mulheres africanas na Grã-Bretanha, levou ao surgimento das leis proibitivas que recaem sobre estes procedimentos - o que foi acontecendo também em vários países da Europa devido ao mesmo motivo.

Em Portugal, a primeira página do Público em Agosto de 2002, espoletou o interesse pela questão da MG ao expor uma notícia sobre a prática intitulada “O holocausto silencioso das mulheres a quem continuam a extrair o clítoris” (Branco 2002). Durante os meses seguintes foi possível verificar as diferentes posições que se foram manifestando sobre o tema, mas foi a 18 de Setembro que o Primeiro Ministro - numa altura em que se preparava a nomeação da presidente da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres - referiu que não permitiria tais “atrocidades”. Dias depois, o II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica dedica também um capítulo ao tema e neste contexto também o Partido Popular refere a sua intenção de tipificar a prática como crime. No fundo, acabou por se resumir a “um fenómeno sem grande dimensão” quando comparado a outros países (Silva 2007: 18-20). Segundo Silva (2007) a necessidade de ter em conta dois universos culturais e politizados é primordial. Assim, destaca a necessidade de não deixar de parte o contexto em que estas práticas culturais ocorrem²⁵. Para a autora, a exposição mediática teve os seus lados positivos ao facilitar as denúncias por parte das “vítimas” da mutilação genital. Também foi possível evidenciar o fato do nosso país se encontrar desprovido de preparação para atuar em situações de multiculturalismo, havendo assim a necessidade de preparação para abordar questões onde temas como os direitos humanos estão presentes (Silva 2007: 23). No início do corrente ano em Portugal (Lusa 2014b), foi debatido em parlamento o combate à prática da mutilação feminina onde foi maioritariamente defendido a criminalização específica desta prática perante a lei portuguesa. Juridicamente, até à referida data, a MG apresentava-se sob a alçada do artigo 144.º do Código Penal relativo aos crimes de ofensa à integridade física grave e punido com dois a dez anos de prisão. Os projetos-lei em discussão autonomizam este crime passando a inserir-se na ofensa à integridade física qualificada. Em suma, quem cometer ou force a cometer estas práticas será sujeito ao cumprimento de três a doze anos de prisão.

No passado, a preocupação de por termo à prática da mutilação genital levou à criação de uma primeira declaração conjunta entre a OMS, a UNICEF e a UNFPA. Uma nova declaração surgiu num segundo período envolvendo mais organizações, como já referi anteriormente, predominando o mesmo objetivo - chegar ao máximo de

²⁵ Práticas culturais que ocorrem no seio das minorias nos seus contextos de acolhimento mas nunca desligados da sua origem e da sua identidade (Silva 2007)

comunidades e diminuir a prática em si através de trabalhos desenvolvidos junto destas comunidades contando com o aumento de legislações e apoio político. Um dos avanços observados foi o apoio de homens e mulheres destas comunidades no combate ao abandono da mutilação. Não obstante, a existência da prática prevalece em grandes partes do globo e esta nova declaração vem apoiar-se em novas evidências para uma melhor atuação junto dos diversos grupos (Organização Mundial de Saúde e Associação para o planeamento da família 2009).

d) Cultura, tradição e identidade

No estudo desta prática deve haver um especial cuidado na emissão de juízos de valor resultantes do senso comum, pois o que para um povo é considerado normalmente correto pode não ser considerado por outro. Dito isto, questiono-me qual será a melhor maneira de olhar estes fatos. Será certo ver um determinado ato como normal - pois segue os padrões tradicionais e aceites numa determinada sociedade - e criticar condutas de outras culturas que devido ao nosso ponto de vista, e que por ser criado num meio diferente, parecem afrontar os direitos humanos? Será que devemos intervir ou aceitar e respeitar a prática da MG? Para responder a estas e outras questões não pode ser através de pensamentos desprovidos de um mínimo de entendimento sobre as culturas, tradições e ideias de cada povo que recorre a estas práticas. É fundamental perceber os motivos que estão por trás da MG, como também a sua origem, a sua história e os objetivos destes povos (Neto et al. 2011: 1).

O constrangimento sociocultural não afeta apenas a MG mas também outro tipo de modificações genitais, sejam quais forem as suas origens. Intervenções não terapêuticas e cirurgias cosméticas genitais são agora alvo de crescente procura nas sociedades euro-americanas. Estes procedimentos podem ser de igual forma extensas, irreversíveis e suscetíveis de danos na saúde. Bem visto, “todas estas práticas não são menos “culturais” apenas por não serem visivelmente associadas a etnicidades particulares ou minoritárias”, como refere Cunha (2013a: 95). Se é certo que o relativismo cultural tem limites, há que ter a certeza que esses limites são universais, isto é, aplicáveis de igual modo para todos. Contrariamente pode acabar por se interferir com liberdades individuais de elementos das minorias, pois se não se devem tolerar

práticas que atentem aos direitos humanos por razões culturais, a repressão destas não deve ser guiada pelas mesmas razões. E se as culturas não são portadoras de direitos contra os indivíduos, então, as liberdades individuais não devem ser desvalorizadas por razões culturais (Cunha 2013: 851-852).

IV. Cirurgia vs Mutilação

A Organização Mundial de Saúde define como Mutilação Genital Feminina "*todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou que provoquem lesões nos mesmos, tendo por base razões culturais ou fins não terapêuticos*"²⁶. Esta é a definição pela qual eu gostaria de orientar todo o pensamento em torno das modificações genitais femininas, e na avaliação desta problemática não se deve deixar passar a dualidade aqui presente assente na separação entre as intervenções realizadas em contexto hospitalar e aquelas vistas como sendo motivações culturais – como se as primeiras estivessem acima das segundas – pois tanto umas como outras visam modelar o corpo “corrigindo” aspetos biológicos.

O Brasil, quando comparado a outros países, é considerado um dos que realiza maior número de cirurgias estéticas, sendo mesmo uma espécie de referência mundial. Contudo, a cirurgia estética genital feminina não tem sido alvo de grande estudo por parte de pesquisadores e gestores de políticas. Apesar de divulgado pelos meios de comunicação e em consultórios médicos, não há regulamentação específica ou boa informação sobre os diversos tipos de cirurgias existentes. Também não são feitos, com regularidade, estudos sobre a satisfação ou insatisfação das mulheres que se submetem a tais procedimentos no que respeita aos resultados ou possíveis efeitos adversos. A autora Marge Berer (2011) alerta para uma preocupação, partilhada por outros, no que refere às ambivalências contraditórias a nível cultural e jurídico no mundo ocidental. O problema prende-se, sobretudo, com o fato de procedimentos cirúrgicos idênticos serem autorizados para mulheres ocidentais e rejeitado a mulheres de origem africana. Este

²⁶ APF – Associação para o planeamento da Família

mesmo tema é também abordado no artigo “A política de modificações dos genitais e a questão ética” de Sara Johnsdotter e Birgitta Essen (2011) e embora as duas análises atravessassem percursos diferentes, pode concluir-se que ambas acabam numa mesma conclusão que assenta na

“necessidade de identificar uma postura consistente e coerente onde sejam assegurados valores sociais fundamentais, como a proteção das crianças, a integridade física, a autonomia física e a igualdade perante a lei para mulheres de todas as origens étnicas” (Portella e Diniz 2011: 6-7).

Também sobre o mesmo tema, Melanie Latham, no seu artigo “Um prognóstico desfavorável para a autonomia: cirurgia estética autorregulada no Reino Unido”, aborda o fato do governo deixar, aos poucos e poucos, todas as decisões nas mãos da corporação médica. A autora faz uma crítica à excêntrica busca pela cirurgia estética como uma cura aos problemas psicológicos das mulheres. A autorregulação dos médicos, juntamente com a demanda das cirurgias, levanta o problema da falta de segurança que pode haver nestes procedimentos. Outros pesquisadores estudam o mesmo fenómeno, por vezes por outras linhas de pesquisa mas acabando por abordar os mesmos tópicos. Farei referência a eles mais à frente.

Vejamos a MG e a CG - duas práticas que se prendem com a moldagem do corpo, como já tinha referido - ambas como práticas normalizadoras. Podemos considerar a MG a nível global, visto ser praticada em quase todo o mundo devido às migrações internacionais de indivíduos onde na sua cultura tal prática é “normal”. Com a mediatização do tema através da televisão e dos jornais e revistas, a MG é desde então criticada, sendo que, os países ocidentais são os que se encontram como pioneiros no combate a esta prática através da criação de legislação que tem como objetivo banir a mutilação. Tal como Cunha, Andrade (2011: 27) assenta na ideia de que a MG e a cirurgia estética têm por base o mesmo ideário, disciplinar e normalizar o corpo social feminino. São formas de modelar a mulher ao que é socialmente aceite, transformando a mulher em “Mulher”. Neste mesmo sentido, a Antropóloga Janice Boddy (*apud* Andrade 2011: 27) defende que tais modalidades

“derivam do pressuposto de que os corpos femininos necessitam de melhoria e de monitoramento constante; ambas colocam as mulheres como agentes da sua própria automodificação, impondo-lhes a autovigilância e autorestrição; ambas servem para infundir nas mulheres o desejo de se conformar, de se tornar o que elas “deveriam ser””.

A mulher não é obrigada a fazer tais modificações ao seu corpo, ela é instruída a submeter-se a determinadas práticas por sua própria vontade – resultado do poder

disciplinar existente em qualquer sociedade. Foucault mostra-nos que o “*self*” e o corpo são normalizados pela sociedade através das inúmeras instituições sociais, conceito este que pode servir de eixo explicativo no estudo de tais fenómenos sociais. Durante a época clássica houve a descoberta do corpo como objeto e alvo de poder, tornando-se este manipulável, treinado e modelado ao ponto de se tornar obediente. Na sua obra “*Surveiller et Punir*” Foucault (1993: 117-118) percebeu que já naquela altura, não era novidade que em qualquer sociedade o corpo está preso a limitações, proibições ou obrigações. Krieken, no seu trabalho “*A organização da Alma: Elias e Foucault sobre a disciplina e o Eu*” (1996) defende que a premissa subjacente ao corpo apenas sofreu uma evolução na passagem da tradição para a modernidade, mas que com isto, o “ser moderno significa ser disciplinado, pelo estado, pelos outros e por nós mesmos” (Krieken 1996: 153). Neste mesmo sentido evolui a mulher, sendo ela objeto de “socialização do eu” onde é disciplinada por diversas organizações da sociedade em que está inserida. Não muito longe do pensamento de Foucault no que respeita à disciplina, Elias defende que as relações entre as próprias pessoas levam a que haja uma formatação do “eu”. Ou seja, acredita que para além das forças exteriores impostas ao Homem, como refere Foucault, também as relações sociais e humanas influenciam na disciplina de cada sujeito (Krieken 1996: 166).

A predominância das ideias ocidentais no discurso sobre a MG faz com que haja uma maior difusão da visão assente no negativismo desta prática. No entanto, muitas das práticas ocidentais deveriam estar inseridas no mesmo discurso (Andrade 2011: 27). Por exemplo, se a depilação total for considerada uma forma de modificação ou de mutilação corporal, podemos então afirmar que existem paralelos entre umas práticas e outras pois é visível, no discurso sobre as mesmas, a vontade de reprodução de sujeitos sociais e de identidades de género, neste caso concreto, a necessidade de definição da feminilidade.

Outros autores vêm a MG como abuso contra a mulher - onde o sistema é dominado pelo sexo masculino. Contudo, também estes criticam as modificações estéticas genitais praticadas nos países ocidentais, países estes que criticam a MG. Gruenbaum (*apud* Andrade 2011: 27) não nega a possibilidade da existência de consequências negativas para a saúde, quando se refere à MG, mas acredita que costumes sociais como este não devem ser tratados como patologias pois quem se encontra inserido em tais culturas não vê, nem entende, este procedimento dessa forma.

Feministas encaram as modificações genitais como estética de duas formas possíveis. Por um lado entendem que a cirurgia estética pode ser resultado das relações de poder de género, onde a mulher se encontra por baixo nesta hierarquia. Por outro lado, pode ser encarada como decisão livre e autónoma com relação ao corpo de cada um (Andrade 2011: 27).

A questão da idade sempre foi uma variante a ter em conta neste trabalho e dessa forma não se pode deixar de falar nessa questão. Alguns autores tiveram em atenção a importância da idade no que respeita à cirurgia estética e como tal, Andrade (2011) afirmou no seu estudo o fato de também no Brasil ter havido um aumento da demanda da cirurgia estética por parte de adolescentes. Os cirurgiões que entrevistou tinham opiniões divergentes relativamente a essa procura imatura pela cirurgia estética. Metade destes era completamente contra a cirurgia em adolescentes, enquanto a outra metade admitiu realizar o procedimento mas apenas em casos de grandes assimetrias e em situações em que o sofrimento psicológico era demasiado. Parte dos cirurgiões confirmaram também a procura, por parte de adolescentes, da cirurgia íntima. Apesar de tudo, há grandes probabilidades da cirurgia não alterar os problemas psicológicos das adolescentes, e em alguns casos, estas jovens podem mesmo pensar que como não foram "curadas" da primeira vez devem procurar a cura em novas cirurgias (Andrade 2011: 33).

Quando comentados os dois procedimentos (mutilação e cirurgia genital) alguns dos entendidos dizem não haver semelhanças, apoiados no fato da cirurgia ser feita com o consentimento da mulher, enquanto a mutilação é em parte realizada ainda em criança, com ou sem o seu consentimento. Um outro argumento baseia-se nas condições em que ambas são praticadas pois, enquanto a cirurgia genital decorre em contexto de alta tecnologia, a mutilação genital é realizada, muitas vezes, em más condições. E se deixarmos de parte as condições em que ocorrem e apenas focarmos a parte anatómica e o que dela é retirado? As modificações podem sim ser comparadas. Voltemos a atenção para a definição da OMS. A MGF engloba todos os processos, desde a infibulação ao procedimento menos invasivo como uma simples picada. A CG pode também englobar procedimentos bem complexos como a remoção total dos pequenos lábios e a remoção de parte do capuz clitoriano. A legislação relativa à MG em vários países ocidentais é contraditória ao tentar proibir esta prática e permitir a cirurgia genital, visto que as leis existentes são extremamente precisas. Vejamos o caso da Inglaterra e do país de Gales:

é extremamente proibido remover parcial ou totalmente os órgãos genitais femininos externos por motivos não terapêuticos ou culturais. No mesmo sentido a Suécia, em 1982, ditou as seguintes palavras:

“As operações nos órgãos genitais femininos externos que visam mutilá-los ou fazer mudanças permanentes (mutilação genital) não devem ocorrer, independentemente de terem sido consentidas ou não.” (Johnsdotter e Essen 2011: 47).

São muitos os países que adotaram legislação específica contra a mutilação genital, e como é possível verificar, a cirurgia estética genital encaixa em qualquer das definições que descrevem a mutilação como crime.

A OMS prefere continuar com uma definição ampla da MG, no intuito de não abrir “brechas” que permitam a continuidade da prática. Contudo, tem noção de que procedimentos como a reconstrução do hímen e cirurgias estéticas genitais são legais e aceites socialmente, apesar de se enquadrarem na definição de MG. Na verdade, a legislação só vem regular as práticas executadas pelas comunidades africanas. Segundo a OMS, as medidas devem reger-se pelos direitos humanos (direito da criança, direito à saúde e a não discriminação com base no sexo). Vejamos, o problema acaba por surgir quando se verifica que há diferenciação entre genitais europeus e africanos. Se o problema se prende com a idade e os direitos da criança, a lei europeia precisa ser alterada e incluir um ponto onde seja afirmado que a mulher adulta pode e deve decidir o que fazer com os seus genitais a nível das modificações, independentemente dos seus antecedentes culturais. Com isto seria possível proteger as crianças e colocar a mulher de todo o mundo ao mesmo nível, onde todas teriam o direito à igualdade de decisão. Nos Estados Unidos já começam a surgir leis que refletem a questão da idade mas em países onde a MG é proibida, alguns médicos têm em atenção a descendência étnica e cultural. Em alguns casos as pacientes são vistas como vítimas do patriarcado africano, mas será que isto é correto ou estas pacientes têm o mesmo direito à livre escolha no que diz respeito ao seu corpo? Será esta uma decisão a tomar pelos médicos? Johnsdotter e Essen (2011: 48) acham que não.

a) A simbologia do “Corte”

Estados Unidos, Suécia, Inglaterra, Brasil, Burkina Faso, Irão, África do Sul, são alguns dos locais onde têm surgido artigos sobre CG e cada vez mais se levantam questões sobre os paralelos estabelecidos entre as duas práticas - mutilação genital e cirurgia genital. A Europa e a África elaboraram legislações contra a MG, no entanto não possuem nenhuma legislação contra a CG (Berer 2011: 10). A legislação inglesa, como já fui referindo, repudia a MG. Contudo, é possível encontrar no site do Departamento de Saúde da Inglaterra os mesmos termos sobre a CG utilizados para identificar a MG. Outros autores como Johnsdotter e Essén referem nos seus trabalhos na Suécia as contradições que persistem sobre este tema na Inglaterra (Berer 2011a: 11). A aposta numa forma “segura” de realizar os rituais da MG estão cada vez mais presentes em artigos que comentam a problemática em causa, e a oferta destes serviços por profissionais tem mesmo vindo a acontecer em alguns países mas também tem sido rejeitada por outros. Elena Jurovsky (*apud* Berer 2011: 11) demonstrou no seu relatório que 2% das excisões realizadas em Burkina Faso foram guiadas por especialistas da medicina. Parte dos entrevistados deste relatório concordavam com esta medida e o argumento mais presente prendia-se com o fato de todas as circuncisões masculinas serem feitas em hospitais/clínicas, e que dessa forma também o sexo feminino tem o direito à mesma segurança (evitando-se cirurgias reconstrutivas posteriores à MG). A Academia Americana de Pediatras nos EUA emitiu uma declaração - “Corte Ritual dos Genitais” - que apontava para a necessidade de mudança no que respeita à lei sobre a MG. Este grupo pretendia oferecer às famílias o corte de uma forma segura de garantir a continuidade da tradição e dos seus rituais. Também nos EUA uma equipa do Harborview Medical Center em Seattle sugeriu um procedimento puramente simbólico que resultaria de uma pequena picada no capuz clitoriano, para que as suas famílias as considerassem “circuncisadas”²⁷. Certo será dizer que este procedimento realizado por especialistas da medicina e em condições de ambulatório seria mais seguro para estas crianças, quando comparado a uma infibulação mais profunda realizada nos seus países de origem. O hospital foi obrigado a abandonar a prática e não se sabe se violou alguma lei visto não haver remoção de tecido - apesar de confrontar a definição de MGF da OMS. Esta não foi a única tentativa. Em 1992 o Ministério da Saúde, Bem Estar e

²⁷ Ver contextos culturais somalis (Johnsdotter e Essen 2011: 46).

Cultura dos Países Baixos também sugeriu a possibilidade desta prática efetuada por médicos (Johnsdotter e Essen 2011: 46).

b) (Des)consequências da MG/CG

Práticas como a circuncisão masculina e CG vêm por em causa muitas questões sobre a MG visto haver pontos em comum. A questão do consentimento informado e a regulamentação envolta na CG têm sido estudadas por vários especialistas, como foi o caso de Melanie Latham (2011) que veio demonstrar que apesar da variedade de legislação em torno destas questões, o que realmente acontece é que os profissionais autorregulam a proteção ao paciente. Como pode isto acontecer? A verdade é que apesar de haver muitas críticas face à CG e cirurgia estética em geral, a MG é o único procedimento que levou e leva a campanhas globais para a sua exterminação. Relativamente aos riscos da CG, muitos artigos abordam esta questão, contudo não detalhadamente. Taxas elevadas de insatisfação fazem parte dos resultados de uma pesquisa feita por Salehi (*apud* Berer 2011: 12) em um hospital iraquiano. No mesmo sentido Latham refere a existência de vários processos judiciais em Inglaterra relativos à desfiguração, resultado de má cicatrização e lesões infecciosas. Por vezes parece não haver necessidade de ter a questão das “más consequências” da cirurgia estética sobre alerta.

Os estudos²⁸ sobre as consequências destes procedimentos são raros e começa a verificar-se o crescimento da demanda por parte da população, segundo profissionais da saúde dos EUA. A canadiana Fiona Green (*apud* Johnsdotter e Essen 2011: 46) argumenta nos seus estudos de género que estes procedimentos reforçam a heterossexualidade criando uma visão generalizada do corpo. Na Nova Zelândia, a pesquisadora da área da psicologia fala em uma solução “mágica” para o novo problemas da mulher. Na Suécia, Kerstin Sandell vê estes processos com alguma dualidade: salvação *vs* opressão. Segundo ela, os médicos ao ajudarem a mulher, individualmente, criam simultaneamente novos conceitos de normalidade e patologia.

²⁸ Discursos retirados do trabalho de *S Johnsdotter, B Essen* (2011)

Nos EUA a sexóloga Leonore Tiefer (2006) acredita que com o aumento destas cirurgias genitais outras tendências vão surgindo, criando a inter-relação entre três campos: o mercado, as opiniões culturais sobre o corpo e a sexualidade. Na medicina, alguns especialistas demonstram alguma preocupação com o fato de se abusar de tais procedimentos, ao verificarem o aumento de frequência da realização das cirurgias genitais estéticas sem indicações terapêuticas. Outros profissionais chegam mesmo a estabelecer paralelos entre esta prática e a MG. A cirurgia genital vem sendo comparada a outras práticas cirúrgicas (estéticas e plásticas) como é o caso da mamoplastia e o *lifting* facial realizadas a pedido da própria mulher. Bem analisada a situação, também estas mulheres podem ser consideradas vítimas (Johnsdotter e Essen 2011: 46-47) - Vítimas da moda, do mercado, da pressão social ou mesmo das suas instabilidades pessoais. Vítimas do patriarcado. Mas então onde fica o direito de fazer escolhas de forma livre e autónoma? A mulher adulta tem ou não o poder de dar a última palavra a respeito do seu próprio corpo?

A construção de demandas consiste num processo na qual os seus principais intervenientes definem determinados atos ou situações como um problema social. Este “problema social” só existe quando considerado como tal. Assim, o problema deve atender a determinados critérios como o facto de gerar preocupações para um grupo significativo de pessoas e deve também ver como viável a existência de alternativas. Para que os responsáveis pelas demandas tenham sucesso na sua busca pela mudança, as demandas devem encontrar-se em harmonia com os valores culturais predominantes de determinada sociedade (Johnsdotter e Essen 2011: 44-45). A procura pela alteração dos genitais pode ser resultado de processos de construção de demandas. Tendo já referido o papel de Fran P. Hosken como ativista radical feminina, recordo também que pode ter sido a principal responsável pelas demandas que envolvem a MG. Numa outra direção, várias autoras e investigadoras feministas admitiram uma certa discrepância em se rotular esta prática como violência quando se deparavam com mulheres fervorosas e defensoras dos costumes e da tradição. No entanto, aplicaram a resposta mais fácil para estes casos - “*falsa consciência*” como referiram Daly e Thiam (*apud* Johnsdotter e Essen 2011) “*Mentalmente castradas, essas mulheres participam da destruição de sua própria espécie – o sexo feminino – e da destruição da força e da união entre as mulheres.*” (2011: 45).

Dito isto, penso que seja importante perceber se a CG, legalmente aceite, é sempre livre de quaisquer complicação e se a MG sempre causa problemas a nível da saúde. Muitos acreditam que a CG deve ser comparada a cirurgias como rinoplastia e que até á data ainda não há nenhuma lei que venha proibir tal procedimento. Contudo, em 2007, uma mulher residente na Suíça²⁹ registou uma queixa no Conselho de Medicina por sentir-se mutilada após uma cirurgia em que lhe retiraram demasiado tecido dos pequenos lábios. Certo é que quanto maior a intervenção genital, maior a probabilidade de resultados adversos. E relativamente à MG? Qual a extensão das complicações médicas? É de conhecimento geral que nas suas diversas formas pode causar dores e sabe-se também que, a longo prazo, já foram registados problemas obstétricos, infeções urinárias, complicações a nível sexual, entre outros. No entanto, alguns entendidos defendem não haver provas científicas suficientes que provem tais complicações e acreditam que muitos dos relatos possam ser exagerados. Estudos feitos na Gâmbia demonstraram que muitos dos problemas genitais e urinários apresentados por mulheres mutiladas, não são menos frequentes em mulheres não mutiladas e é neste sentido que os autores deste mesmo estudo, Morison *et al* (*apud* Johnsdotter e Essen 2011: 49), defendem que a verdadeira razão para a irradicação da MG deve prender-se com o discurso dos direitos humanos e não tanto com as questões da saúde. Estes não foram os únicos a fazer este apelo. Obermeyer (*apud* Johnsdotter e Essen 2011: 49) referiu que cada vez mais as campanhas se baseiam no discurso à integridade física,

“Os esforços de sensibilização, entretanto, estão cada vez mais incentivando indivíduos e grupos a abandonar a prática da MGF, não tanto por complicações para a saúde, mas por representar uma violação da integridade física e dos direitos humanos” (Obermeyer *apud* Johnsdotter e Essen 2011: 49).

Ronan Conroy³⁰ coloca a MG em posição inferior à do tabagismo quanto aos seus malefícios.

Um dos temas centrais nas campanhas feministas contra a MG é a questão do prazer sexual. Os resultados de diversos estudos podem divergir pois segundo alguns destes levados a cabo no Egipto, estatisticamente, as mulheres queixam-se da falta de prazer e da dificuldade em atingir o orgasmo após a circuncisão. Contudo, as mulheres

²⁹ Caso Exposto pelos autores Johnsdotter, Bessen no seu trabalho “*A política de modificação dos genitais e a questão étnica*” (2011)

³⁰ Ronan Conroy, epidemiologista, numa entrevista ao British Medical Journal (Johnsdotter e Essen 2011: 49)

da Somália e do Sudão³¹ garantem ter a mesma satisfação sexual que uma mulher não mutilada. O clitóris continua no corpo feminino mesmo sendo “cortado” até porque este não consiste apenas na parte visível exteriormente. No interior do corpo feminino, o clitóris mantém-se intato. E ainda, o prazer sexual é muito mais do que prazer físico e anatomia. A gratificação sexual envolve fatores sociais, culturais e psicológicos, sendo estes pontos bem mais importantes como causadores de prazer do que aquilo que se pensa, parte das vezes. Johnsdotter e Essen (2011) afirmam que o cérebro é o mais precioso órgão sexual feminino e com isto a capacidade de atingir o orgasmo é bem mais complexa do que a parte externa dos genitais (circuncidados ou não). Resumindo, se o prazer feminino se considerar preservado, é necessário alterar o discurso a nível de perdas de prazer. Porém, se realmente se conseguir provar que as alterações nos órgãos externos femininos alterem negativamente o prazer, então as cirurgias realizadas em contexto europeu devem ser questionadas da mesma forma que a MG.

Uma investigação³² sobre os resultados destas cirurgias relevou que é normal sentir dor nas relações sexuais durante o primeiro mês após a CG e que duas em cada noventa e oito mulheres poder estar sujeitas a cirurgias para corrigir alguns danos. Alguns dos dados recolhidos demonstram que redução dos pequenos lábios pode limitar a sexualidade da mulher não só ao tornar o seu órgão genital infantil como através de problemas relacionados com o toque. Virginia Braun (*apud* Plowman 2010: 113) afirma que as mulheres foram levadas a acreditar que tinham um problema e que a cirurgia surge como uma solução que elas podem comprar. A cirurgia dos pequenos lábios é um procedimento simples desde que a mulher não veja a possível perda de sensibilidade como uma preocupação. Wolf (*apud* Plowman 2010: 113) acredita que a procura da CG não passa de mais uma tentativa de opressão sobre as mulheres, enquanto que Braun (*apud* Plowman 2010: 113), no mesmo sentido que Leonore Tiefer (2006), vê estas cirurgias como fonte de lucro para os provedores de saúde. As duas ideias vêm sugerir que a CE “é comercializada com êxito por que nossa sociedade sistematicamente prescreve padrões para os corpos das mulheres que inibem sua satisfação na vida cotidiana.” (Braun *apud* Plowman 2010: 113). Wolf (*apud* Plowman 2010: 113) acredita que este tipo de problemas menores tem como princípio “distrair” a mulher de forma a que haja menos interesse da sua parte em se envolver em questões profissionais

³¹ Local onde as mulheres passam pelos processos mais extensos de incisão genital; processo conhecido por “circuncisão faraônica” (Johnsdotter e Essen 2011: 49)

³² Dados retirados do trabalho de Tracey M Plowman denominado “A Vagina Perfeita” (Plowman 2010)

e políticas. Neste sentido, podemos equiparar a CE à MG: uma solução social para combater a liberdade feminina. Mais uma vez, e agora no mundo ocidental, pode ser viável pensar que a procura por estas cirurgias pode não ter tanto a ver com a liberdade mas antes com o controlo sobre as mulheres e a sua sexualidade.

c) Europa vs Africa – Discrepâncias nas representações

Quando se abordam temas como a incisão feminina nas mulheres africanas e cirurgia estética genital feminina na Europa acaba por surgir um leque de questões, principalmente no que respeita à discrepância nas atitudes e pensamentos de uma sociedade perante um e outro fenómeno. Torna-se difícil perceber como é possível que determinadas práticas sejam aceites em muitos países europeus e completamente contestadas em países Africanos, neste contexto.

Qualquer tipo de modificação genital está inserido em contextos específicos onde a cultura, a medicina e a biologia se encaixam mutuamente. A título de exemplo, vejamos novamente a questão do género. Quando falamos em sexo biológico sabemos que este está inteiramente ligado a conceitos culturais sobre género, ou seja, há muito que se fala da separação entre sexo e género, em que sexo se prende com a parte biológica e que nos leva a classificar e distinguir o individuo como sendo do sexo feminino ou masculino. Relativamente ao género, este prende-se mais com as construções sociais e culturais da feminilidade e da masculinidade (Johnsdotter e Essen 2011: 44). Várias são as discussões em torno deste tema e segundo a filósofa Judith Butler (*apud* Plowman 2010: 44) deve questionar-se o fato de se ver “sexo” como algo objetivo quando comparado ao género, isto é, característica que não implica elementos culturais. Acrescenta ainda que o sexo biológico também acarreta a sua história ancorada a elementos culturais. Vejamos que até finais dos anos 60, nos jogos olímpicos, definia-se o sexo dos concorrentes após visualização dos seus órgãos genitais externos por uma equipa médica, para que homens não se inscrevessem no lugar de mulheres. Na atualidade, tais rotinas não são necessários. No entanto, algumas mulheres africanas têm de ser submetidas a investigação. Na verdade, qualquer grupo cultural

tende a ter os seus próprios critérios para distinguir sexo feminino de sexo masculino mesmo não havendo uma “fórmula científica” para tal distinção e estando os respetivos critérios sob influências culturais. O que se quer aqui mostrar é que partes do corpo como os pequenos lábios e o clitóris não são meramente partes anatómicas, caracterizam-se também pelo processo de incorporação de noções culturais ao sexo biológico e neste caso, aos genitais femininos (Johnsdotter e Essen 2011: 43-44). Assim, os genitais estão associados a valores culturais e opiniões geradas pelas sociedades que vêm alicerçar, ou não, determinadas modificações genitais sejam elas na Europa, na América ou na África.

Resumindo, para muitos tudo se prende com o poder e a ordem patriarcal, contudo não podemos deixar de referir que isso é apenas um ponto de vista, uma possibilidade empírica mas não comprovada. Tendo em conta que o discurso em torno deste tema teve como origem discursos feministas radicais, as pessoas são levadas a crer que estas mulheres não passam de vítimas de si mesmas e não de mulheres que tomam as suas decisões reflexivamente. Vistas como defensoras passivas da tradição, o mundo designa-as também como prisioneiras do ritual o que levou à criação de legislação no intuito de proibir e sentenciar a prática da MG, ou seja, toda a alteração realizada nos órgãos genitais femininos, independentemente da idade ou consentimento da mulher. Tolerância zero é o que veio caracterizar muitos dos países ocidentais no que respeita a esta prática, inclusive Portugal.

d) Estatuto da Criança

A proteção das crianças é provavelmente a razão mais forte para tanta aversão à MG. Tendo em atenção os direitos humanos que se relacionam com a menor idade no que respeita à integridade física, podemos verificar que esta só se enquadra até que estas se tornem adultas. Desta forma, e se realmente o estatuto de criança é primordial, a legislação que rege a MG deve também ter a questão da idade em atenção, ou seja, toda a mulher adulta deve ter o direito de escolha no que respeita ao seu corpo, independentemente da sua etnia, cultura ou cor de pele. Em contrapartida, a solução

seria diferenciar os genitais de outras partes do corpo como seios e nariz e assim proibir todas as alterações genitais femininas sem que haja distinção entre as mulheres de um continente e outro. Johnsdotter e Essen (2011: 50) argumentam que

“os procedimentos envolvendo as modificações genitais são interligados com considerações políticas e nunca falam meramente sobre anatomia ou fisiologia, mas estão intrinsecamente envolvidos com normas culturais e ideológicas.”

Um bom exemplo prende-se com a redução do clitóris que em contexto africano é proibido mas aceite quando realizado em mulheres europeias. A legislação atual mostra-se inconsciente com relação à mulher em geral, quando distingue umas de outras. Ativistas, médicos e até mesmo políticos precisam atuar no sentido de encontrar formas de proceder de maneira não discriminatória. É fundamental uma postura consciente onde valores sociais como a proteção de crianças, a integridade física, a autonomia e a igualdade de direitos sejam mantidos perante a lei.

V. Metodologia da Investigação

a) Contextualização Metodológica

Tendo em conta a existência de diversos estudos sobre o tema “Mutilação Genital Feminina” e a pouca exploração do tema “Cirurgia Estética Genital Feminina”, o interesse deste estudo recai, sobretudo, na compreensão das ligações entre ambas as práticas. Sendo a primeira conotada com comunidades africanas (em situação migrante ou não) e a segunda um procedimento cada vez mais procurado nas sociedades euro-americanas, tive como pertinente captar o grande desequilíbrio na maneira como são tratados e expostos nos media, principalmente na imprensa, através da análise de jornais e revistas.

Delinear uma estratégia de investigação não é um processo fácil em determinados estudos, principalmente quando o objeto de investigação se prende com a intimidade feminina num país onde o tema ainda é tabu. A Cirurgia Estética Genital Feminina coloca a mulher como personagem principal desta investigação. Contudo, são

os cirurgiões plásticos que seguem de perto todo o processo: antes, durante e depois do procedimento cirúrgico procurado por estas para obter os resultados desejados, sejam quais forem as razões que as movem. Assim, para além da predominante análise exploratória e como componente empírica do estudo, foi efetuado um conjunto de entrevistas semiestruturadas (ver guião em Anexo) aos respetivos profissionais que praticam este tipo de procedimentos cirúrgicos, de forma a captar a sua perspetiva sobre estas práticas sendo este um campo ainda em exploração. Numa fase inicial, foi feita uma pesquisa de possíveis clínicas e hospitais (públicos e privados) de forma a destacar quais os que proporcionam à mulher a CG. Num segundo período foi estabelecido contato com as respetivas clínicas e hospitais e em simultâneo foi estabelecido contato direto com cirurgiões estéticos de forma a perceber quais estariam inseridos na rede de “cirurgiões da intimidade”. De uma forma geral, estas entrevistas tiveram como principal objetivo a perceção das motivações, na perspetiva de cirurgiões, que movem o sexo feminino nesta busca pela perfeição e ao mesmo tempo perceber o que realmente se conhece como MGF em Portugal, analisando os discursos utilizados na descrição de ambas as práticas.

Ao longo da análise exploratória, já foi possível denotar uma certa diferença no tratamento dos dois temas no que respeita ao vocabulário utilizado por quem trata os dois assuntos uma vez que uma tende a ser vista como a prática que “desafia de forma mais acutilante todo o edifício que suporta o princípio da universalidade dos Direitos Humanos” (Silva 2007: 16), enquanto a outra é socialmente aceite, independentemente do tecido genital removido e dos danos que possa causar.

b) Metodologia Qualitativa

Após apresentado o problema teórico, importa agora apresentar as estratégias metodológicas adotadas. Especificadas as duas formas de modificação genital, pretendi também compreender as ligações entre ambas, tendo sempre como referência a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde que define como Mutilação Genital Feminina “*todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou que provoquem lesões nos mesmos, tendo por base razões*

culturais ou fins não terapêuticos"³³. O estudo da MG e da CG estimula a percepção de vários pontos a que estão ligadas como é o caso da definição apresentada a cima. Afinal o que motiva estes universos? O que pretendem obter estas mulheres ou será antes de que têm medo? Será a CG a cura de algum mal? O que pensam os cirurgiões portugueses desta demanda? Haverá, a seu ver, alguma semelhança entre as práticas ocidentais e africanas? Estas são algumas das questões que foram surgindo com o avançar da pesquisa e de formar a encontrar as respostas, a metodologia qualitativa mostrou-se a mais indicada, já que o problema social se prende com as pessoas e com os significados das suas práticas que dão forma às diferentes identidades. Em termos de recolha e análise de dados, utilizei também a análise documental de jornais e revistas³⁴.

Podemos ver o ator social como um ser imprevisível no que respeita ao percurso da sua vida, e da mesma forma um sujeito autopoietico disposto a criar e recriar o seu “eu” à medida que é influenciado pela sociedade (Duarte 2011: 106). Tornou-se um grande desafio perceber se a mulher que procura a CG pretende também (re)criar a sua identidade até porque o ator social envolve-se num mundo de interações que projeta o reflexo do pensamento alheio, o que faz com que o ator social “mulher” desenvolva uma resposta a esse mesmo ambiente. A procura por um cirurgião da intimidade como resposta a uma sociedade de imagem pode ser vista como tentativa de reação, por parte do sexo feminino, a um problema. Digamos que este problema se prende com o significado que a sociedade atribui a determinadas imagens e que faz com que a mulher não se sinta bem consigo mesma. Como não foi possível, através do contato direto com estas mulheres, fazer emergir sentidos e significados através de entrevistas diretas, entrevistar os cirurgiões foi uma forma de chegar a esses mesmos sentimentos. Mais importante ainda, neste trabalho, foi o de perceber as próprias perspetivas dos cirurgiões sobre as modificações genitais.

Da diversidade de técnicas disponíveis nas metodologias qualitativas, foi utilizada nesta investigação a entrevista por se destacar como importante ferramenta metodológica no campo das ciências sociais. A entrevista permite ao investigador interrogar o coletivo através do ser individual, sendo este interrogado como representante de um grupo social. Segundo Lalanda (1998) a entrevista possibilita a recolha de informações valiosas e detalhadas sobre normas, atitudes, crenças e comportamentos do entrevistado ou de outrem.

³³ (Organização Mundial de Saúde e Associação para o planeamento da família 2009)

³⁴ Revistas de caráter feminino, na sua maioria

A utilização da técnica da entrevista pressupõe, e bem, que o investigador não dispõe de dados existentes e, portanto, pretende obtê-los. Como os instrumentos metodológicos devem ser escolhidos consoante a base teórica da investigação, também o método de recolha de dados deve ser adaptado ao tipo de informação que se pretende adquirir (Ruquoy 2005: 86). Podemos definir esta técnica como um processo de interação social entre duas partes, entrevistado e entrevistador, que enquanto instrumento de coleta de dados têm como objetivo a captação da realidade, sem contaminações externas. Contudo, existe plena noção de que a objetividade é um ideal inatingível mas que apesar disso, a sua aproximação deve ser objetivo do investigador (Haguette 1987: 86-87). Optou-se pela entrevista semiestruturada por haver um guião previamente elaborado que serve como linha condutora do desenvolvimento da entrevista, apesar de haver uma grande flexibilidade na exploração do conjunto de questões, respeitando o ritmo do entrevistado. Neste modelo de entrevista, a ordem das questões é menos rígida e permite ao entrevistador realizar questões não equacionadas à partida mas que no decorrer da conversa se revelaram pertinentes para a investigação (Piedade 2008: 19).

Durante a elaboração do guião de entrevista, que seria posteriormente dirigida a cirurgiões plásticos, foram definidos tópicos que possibilitariam a captação de respostas às perguntas que sustentaram esta investigação. Houve sempre o cuidado de formular questões simples e de fácil compreensão de forma a produzirem respostas igualmente claras, não permitindo que os entrevistados fugissem ao que realmente era relevante.

Assim, no que respeita ao guião de entrevista, ambicionava recolher dados face às experiências do cirurgiões no campo da CG no que respeita aos diversos processos existentes, como por exemplo quais os mais procurados. Também se pretendia traçar uma espécie de perfil de cliente – idade, etnia, classe social, hábitos relativos à depilação e à procura de outras cirurgias estéticas. Perceber a forma como abordavam os cirurgiões e se a cirurgia íntima poderia estar a tornar-se “moda” no seio feminino também surgiu como pertinente. Os cirurgiões foram também questionados sobre o tema da MG de forma a perceberem que conhecimentos têm sobre o tema, qual a sua opinião e se encontravam alguma semelhança entre as práticas em debate.

Como já foi referido anteriormente, foi elaborada inicialmente uma lista de potenciais clínicas e hospitais onde havia probabilidade da realização da CG e enviado um e-mail onde identificava o tema e o objetivo do contato, de forma a chegar aos contatos diretos dos cirurgiões. Apesar de haver um elevado número de clínicas e

hospitais com cirurgiões da estética genital, grande parte não se mostrou disposto a passar a mensagem aos cirurgiões, acabando o contato por ficar pelo secretariado. Os contatos de sucesso deram lugar a entrevistas que foram marcadas mediante a disponibilidade dos entrevistados. Para um melhor acompanhamento, as entrevistas foram gravadas em formato áudio para posteriormente analisar os discursos recolhidos. Também foram recolhidas algumas informações sobre as clínicas / hospitais, relativas ao ambiente e aos clientes que se encontravam presentes. Todos os entrevistados tiveram à sua disposição um termo de consentimento informado de forma a salvaguardar os dados obtidos em entrevista, onde a entrevistadora se compromete a utilizar essa mesma informação apenas e exclusivamente para a investigação em causa. Cada entrevista durou aproximadamente uma hora.

VI. O que nos dizem os *media*

“toda a cirurgia estética da mulher está ligada à sua sexualidade”

Dr. Ângelo Rebelo

Os *media* são um dos meios mais eficazes de divulgação e como tal também eles são uma ferramenta importante no tratamento do tema em causa. Através de jornais, revistas, blogs e mesmo das páginas de clínicas privadas é possível recolher informação que de outra forma não seria fácil obter, tanto no que respeita à MG como à CE. Sapo Mulher, Diário de Notícias, Máxima, Impala, Vila Mulher, Jornal de Notícias, Correio da Manhã, entre outros, foram algumas das revistas e sites consultados no intuito de reunir dados sobre os dois tipos de modificações genitais femininas.

Curiosamente, quando se trata de cirurgia é possível identificar nos artigos uma certa curiosidade positiva sobre o tema, ao contrário do que acontece nos artigos referentes à MG. Através de uma única palavra podemos distinguir os dois tipos de artigos que abordam os temas, visto que quando se trata de MG a palavra que caracteriza as mulheres envolvidas é “vítima”. Em grande parte dos sites e notícias de jornal podemos encontrar vocabulário concreto para além de vítima. Palavras como “risco”, “graves consequências”, “crueldade”, “cortadas”, “hemorragias”, “doenças”,

“sofrimento” e “dor” preenchem as notícias sobre MG. Se na CG a palavra de ordem é “solução” na MG é “problema” e um problema que para muitos tem de ser resolvido.

Segundo a SIC Notícias³⁵ uma equipa multidisciplinar estará no terreno para dar forma a um estudo sobre MG em Portugal. Coordenado pelo sociólogo Manuel Lisboa, o estudo terá a duração de 1 ano e terá como finalidade perceber as dinâmicas socioculturais que justificam a preservação desta prática ao longo do tempo. Uma das formas de obter informação será através dos contatos que o investigador pretender manter com a Guiné-Bissau – o único país lusófono na lista da OMS no que respeita à MG. Apesar da forma ténue em que o tema é inicialmente abordado, a notícia acaba por transparecer o que referi anteriormente, os *media* acabam sempre por colocar a MG no lado sombrio das modificações genitais. No artigo em causa são citadas algumas frases do presidente do conselho administrativo do hospital Amadora – Sintra, Luís Marques, durante uma sessão que assinalava o dia internacional contra a MGF. A seu ver, a MG “não pode ser alvo de qualquer tipo de tolerância” concluindo que “em circunstância alguma os profissionais de saúde podem realizar a prática medicamente, nem, nos casos de infibulação, voltar a coser as mulheres”. Ao longo deste trabalho foi possível verificar que em vários países a área da saúde tentou intervir no sentido de oferecer uma solução para as famílias que procuram viver segundo as suas tradições. Assim, realizando em contexto médico uma pequena picada no clítoris, seria possível manter o simbolismo atribuído a este ritual. Tal como em Portugal, também em outros países foi proibida esta prática. Segundo um outro artigo publicado recentemente (Ferreira 2014) “a mutilação genital deverá ser punida em Portugal mesmo que as crianças sejam levadas ao estrangeiro” - imposição da Convenção para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica³⁶. As propostas existentes para a prevenção e combate à MG não geram consenso absoluto. A deputada Carla Rodrigues³⁷ afirma que "Há que limar arestas", referindo também que existe a “vontade de criar um crime autónomo e de salvaguardar a competência jurídica mesmo quando o crime é cometido

³⁵ (Lusa 2014a) Obtido a 12 de Fevereiro de 2014 (<http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2014-02-06-estudo-sobre-mutilacao-genital-feminina-em-portugal-avanca-em-marco>)

³⁶ Também conhecida por Convenção de Istambul, em vigor desde o início do mês de Agosto de 2014. Torna-se o primeiro instrumento jurídico internacional com força legal para cobrir todas as formas de violência contra as mulheres de qualquer idade (abrange homens vítimas de violência doméstica). Portugal foi o primeiro membro da União Europeia a ratificá-la. Encontra-se em vigor em 14 países e outros 22 estados europeus já a assinaram e estão em vias de a ratificar. (Ferreira 2014)

³⁷ Deputada PSD

contra um cidadão português ou residente em Portugal fora do território nacional” e esta sim é uma vontade unânime.

Resumidamente, quando abordado o tema das modificações genitais podemos deparar-nos com dois tipos de abordagens completamente distintas. Se a MG é tradição, a CG é modernidade, se aos olhos ocidentais a MG é opressão do patriarcado a CG é a livre escolha de cada mulher. É facilmente visível a desigualdade existente dentro da prática das modificações genitais, isto quando se trata de mulheres Africanas ou Portuguesas, a título de exemplo.

VII. Análise de Dados das Entrevistas

Na transcrição de entrevistas e na passagem do registo oral para o escrito existe sempre a probabilidade de perda de informação. Por mais fiel que se tente ser à gravação, elementos como a pronúncia, os gestos e a entoação atribuída às palavras são facilmente perdidos. Durante a transcrição, nenhuma palavra foi trocada tentando-se sempre transmitir sentimentos e emoções expressos durante a entrevista para que no processo de tratamento de dados fosse possível uma melhor compreensão da realidade.

As modificações genitais em estudo são originárias de meios diferentes e portanto têm sido olhadas de diferentes perspetivas. Contudo, o presente trabalho assume-as num só conjunto e pretende-se aqui perceber todas as características que podem unir a MG e a CG numa prática idêntica. Como constataram Johnsdotter e Essen (2011) muitos dos procedimentos da CG, geralmente aceites no mundo ocidental e que não são considerados como mutilação, enquadram-se na definição da MG que é proibida e considerada como crime. Como fui referindo, a OMS considera MG todos os procedimentos que envolvam a remoção, mesmo que parcialmente, dos órgãos genitais com base em razões culturais ou não terapêuticas e é fundamentado nesta “certeza” que será abordado neste capítulo o cenário português da Cirurgia Genital, uma vez que esta prática acarreta um vasto conjunto de modificações genitais.

Caraterização dos Cirurgiões e dos Hospitais/Clinicas

É importante montar uma breve caraterização dos entrevistados tendo em conta algumas variáveis como a localização geográfica dos seus locais de trabalho e o tipo de instituição em que operam (privada ou pública). Dos diversos hospitais e clínicas contatados a nível nacional para ajudar na pesquisa em causa, apenas oito cirurgiões se propuseram a dar entrevista. Metade dos cirurgiões entrevistados trabalham tanto em clínicas privadas como em hospitais públicos sendo que a outra metade apenas trabalha em clínicas privadas – das quais são proprietários. Quanto à localização dos hospitais/clínicas encontram-se maioritariamente nas grandes cidades Porto e Lisboa, apesar de haver também uma entrevista realizada a um cirurgião que atua na cidade de Braga. As entrevistas foram realizadas nos consultórios dos cirurgiões. Aquando das visitas aos hospitais, não foi possível obter informação concreta no que respeita ao ambiente e ao tipo de pacientes encontradas durante o tempo de espera, contudo, nas clínicas foi fácil perceber a envolvente. Nos corredores foi possível observar mulheres entre os trinta e os quarenta anos de idade inseridas num contexto um tanto familiar, calmo e elegante.

Cirurgia genital como fenómeno de moda

Ao longo dos estudos exploratórios a questão da moda foi surgindo tanto na cirurgia estética em geral como na cirurgia genital. Cinco dos cirurgiões não acreditam que esta prática derive de uma questão de moda mas antes de uma maior preocupação com a imagem e de um aumento de informação, como referem os cirurgiões **J**, **S** e **A**. Segundo os cirurgiões **M** e **R** as mulheres preocupam-se muito mais com a sua satisfação sexual e com a autoestima.

J – “(...) na moda não, diria mais que existe uma maior tendência (...) note-se que há uma maior preocupação com o corpo feminino (...) os *media* também ajudam pois cada vez se fala mais abertamente.”

S – “(...) o que notei não é uma questão de moda (...) as pessoas estão mais informadas (...) [as pacientes] dizem que se soubessem disto [cirurgia genital] já teriam feiro há muito mais tempo (...)”

A – “É uma cirurgia que tem vindo a ser cada vez mais procurada nos últimos anos, também porque há uma maior divulgação.”

M – “Não acho que seja uma coisa que esteja na moda, acho que eventualmente (...) as mulheres hoje em dia têm um papel sexual muito ativo, muito mais conhecedor (...)”

R – “Não se pode dizer que está na moda pois não aparece todos os dias. O que pode levar á procura destas cirurgias é a satisfação sexual (...) a autoestima, a mulher sente-se cada vez mais confiante para procurar esta solução (...)”³⁸

Para dois dos cirurgiões entrevistados, **SS** e **JR** este procedimento pode ser considerado moda. **JC** afirma que a situação económica do nosso país não deixa transparecer se realmente existe essa probabilidade, aposta antes na diminuição do tabu inerente ao tema.

SS – “Moda é uma palavra muito comum mas a realidade é assim mesmo. Sim está na moda (...)”

JR – “Sim, só pode ser moda porque se a gente vê determinados símbolos, alinha nessa moda. A cirurgia genital também (...)”

JC – “(...) não digo que esteja na moda mas pronto, os doentes têm menos esse tabu.”³⁹

Cirurgias genitais mais procuradas

As cirurgias da intimidade englobam um variado leque de procedimentos mas nem todos são realizados pelos cirurgiões entrevistados. A cirurgia mais procurada em Portugal é sem dúvida a labioplastia seguida da lipoescultura do púbis. A perinioplastica também acaba por ser apontada como uma cirurgia de grande procura devido a sequelas do parto, como refere **A**. Em geral não existe uma grande adoração pelas cirurgias do prazer (ponto G e clitoplastia) nem pelo procedimento da himenoplastia apesar de apenas dois dos entrevistados, **A** e **JR** não realizarem este grupo de cirurgias.

³⁸ Excerto das entrevistas de J, A, S, M e R

³⁹ Excerto das entrevistas de SS, JR e JC

Curiosamente, apenas os cirurgiões que trabalham no privado e que possuem a sua própria clínica referem-se às cirurgias do prazer e à himenoplastia com menos “admiração”. Num discurso comum não se sentem dignos de julgar as decisões dos seus pacientes e apenas se sentem no direito de informar.

J – “Fazem-se muitas [CG] (...) nos últimos cinco anos fiz 70 ou 80 (...) A que se faz em maior número é sem dúvida a lipoescultura do púbis. Também me aparece muito a cirurgia dos pequenos lábios [labioplastia] (...) talvez uma ou outra himenoplastia (...) O cirurgião tem como papel fundamental realizar os pedidos dos seus pacientes, daí se uma das minhas clientes me pedir alguma cirurgia como a do Ponto G não sei, provavelmente faria.”

S – “Não faço ideia, mas fazem-se muitas mesmo [CG] (...) a mais procurada é a diminuição dos pequenos lábios.”

A – “(...) a labioplastia de redução, é a mais procurada (...) depois a seguir serão aquele grupo de perineoplastias, cirurgias que são feitas no períneo, muitas delas, se não uma grande percentagem, são por sequelas de partos (...) a lipoescultura da região púbica que muitas vezes torna as mulheres que são gordas ou mulheres que são magras, que é pior ainda, fica aquele monte ali e muitas vezes até simula genitais masculinos. Isso torna-as muito inestéticas e então agora no verão com os bikinis e os fatos de banho (...) eu continuo a achar que é subjetivo, que nós não temos formas de avaliar [ponto G] (...) a himenoplastia, essa então é das mais controversas (...) eu não sou Deus nosso senhor, nem sou ninguém pra ditar as normas e as leis pela qual cada um se rege. Eu não sou contra, não julgo.”

M – “(...) a labioplastia faz-se bastante (...) faço muito lipoaspiração do púbis (...) em relação às cirurgias da ponto G eu não faço (...) faz-me muita confusão esse tipo de cirurgia (...) acho que é uma masturbação intelectual (...) além de haver uma parte funcional existe uma parte muito emocional em termos de orgasmos . Em relação à reconstrução do hímen faz-se muito (...) eu já tive um ou dois pedidos e alego objeção de consciência, não faço!”

R – “(...) dentro das mais procuradas está a cirurgia de correção da hipertrofia dos grandes e pequenos lábios e a lipoaspiração do monte de vénus. Isto do ponto G, na minha opinião carece de suporte científico (...) o colagénio que é utilizado para o preenchimento de rugas na cara [também utilizado para aumento do ponto G] no entanto isto tem uma duração de 6 a 9 meses por isso quando introduzido na vagina, também terá um efeito temporário (...) A reconstrução do hímen é mais procurado quando tem a ver com fatores culturais ou mesmo por prostitutas que pretendam vender o corpo a preços mais elevados aahhhh o estreitamento vaginal gera procura devido à dilatação que se dá com o passar do tempo (...) é uma cirurgia muito procurada e tem princípios bem definidos.”

SS – “A lábioplastia é muito procurada [quando comparada com as restantes].”

JR – “A reconstrução do hímen por exemplo não faço nem me pedem. Cirurgia do ponto G tenho prai um caso de três em três anos e cirurgias ao clitóris também não me surge. Repare, isso aí é o mundo da fantasia. Uma coisa são os dados objetivos e científicos e outra coisa é a fantasia. Eu

sinceramente não acredito muito no Ponto G (...) se me pedem e eu acho que é sensato faço, se me pedem e eu acho o pedido estúpido não faço.”

JC – “A hipertrofia dos pequenos lábios [é a cirurgia genital mais realizada] eventualmente também ahhhh não sei se se pode enquadrar aqui a redução do monte de vénus.”⁴⁰

Estética ou funcional

Dentro da CG podemos dividir algumas das motivações que levam a mulher portuguesa a procurar esta “solução”, ou seja, pode ser por motivos puramente estéticos mas também pode ser por questões funcionais. A ideia que mais prevalece entre os cirurgiões é a de que ambos os motivos estão presentes. Como referiu **R** “as mulheres procuram por razões estéticas e funcionais” e no mesmo sentido **SS** argumenta que “no caso dos pequenos lábios muitas vezes é pelo conforto, se forem muito grandes fazem doer [nas relações sexuais], as pessoas queixam-se de dores, mas na maior parte das vezes é por uma questão estética. As pessoas hoje em dia são mais desinibidas, fazem sexo de uma maneira mais liberal e é uma questão mais estética.” Também o cirurgião **A**, apesar de não o dizer diretamente, aponta para ambas as necessidades da mulher quando procura a CG. Com o conhecimento da sua anatomia, a mulher de hoje facilmente percebe o que há de errado com o seu órgão genital. Referindo-se a algumas situações extremas do órgão feminino, o mesmo cirurgião explica que “(...) ninguém tem dúvidas que são inestéticos, são desconfortáveis, e são situações que vão implicar perturbação normal da vida da pessoa, tanto da vida pessoal e sexual como do dia a dia porque são situações que se não forem tratadas facilitam o aparecimento de infeções, o aparecimento de corrimentos (...) há uma série de situações que podem ser ajudadas com este conjunto de cirurgias” – referindo-se a toda uma componente funcional. Já num campo mais estético, **A** refere que “outra cirurgia que eu acho muito curiosa é a de aumento de volume dos grandes lábios, porquê? Tem a ver com a atrofia vinda com a idade, cuidado, isto já não é feito em jovens (...) é feita em mulheres mais maduras (...) faço uma comparação que toda a gente percebe, se repararmos numa jovem ela tem os lábios grossos, se formos ver os lábios de uma velha, desapareceram

⁴⁰ Excertos das entrevistas realizadas

os lábios. Uma das formas que nós temos em medicina estética de rejuvenescer uma mulher é engrossar os lábios, embeleza-los, dar-lhes o contorno, e passa-se exatamente a mesma coisa com os grandes lábios [genitais] da mulher.” De uma forma mais geral, o cirurgião **JR** refere que “que a mulher quando vem à procura de algumas melhorias estéticas e funcionais quer estar bem consigo própria e quer ser considerada no mundo social, mesmo que esse mundo social seja muito restrito.”⁴¹

Cliente “Tipo”

As clientes que procuram a CG podem ter várias idades e pertencer a várias classes sociais. Cinco dos entrevistados não identificam uma espécie de cliente tipo, contudo, dois deles acabam por enumerar algumas das características das pacientes que procuram a CG. Os restantes cirurgiões acreditam na existência de um tipo de mulher específico. No que respeita à idade, esta pode variar consoante o tipo de cirurgia procurada.

JR – “As minhas clientes acompanham-me na idade (...) a idade é quando o problema se põe.”

S – “(...) qualquer tipo de mulher, das classes mais pobres às classes mais ricas, mais novas, mais velhas, na realidade não há uma distinção. Desde raparigas na casa dos vinte e poucos anos até senhoras de sessenta, tenho cá de tudo. Pode variar consoante o tipo de problema por exemplo, normalmente uma rapariga nova procura mais retirar [reduzir] os pequenos lábios, uma pessoa de mais idade procura aumentar os grandes lábios porque com a idade os grandes lábios atrofiam.”

JC – “(...) é difícil avaliar isso [cliente tipo] (...) as pacientes que me aparecem andam à volta dos vinte / trinta, quanto ao monte de vénus a idade já varia muito mais.”

R – “A partir dos 40 anos, a classe social tanto é alta como baixa mas na lipoaspiração vê-se mais mulheres de classe alta (...) quando falei em 40 anos quero referir-me à multiparidade, querem sobretudo a satisfação pessoal.”

J – “Não há propriamente um modelo, é mais frequente em mulheres entre os 35 e os 50 anos, classe média (...) mulher com uma vida social e profissional ativa e com vontade de estar bem consigo mesmas (...) a himenoplastia é mais frequente em mulheres jovens dos 18 aos 25 anos. Já a lipoplastia do púbis vai desde os 30 aos 55 e a labioplastia e as restantes é mais procurada entre mulheres dos 35/40.”

⁴¹ Excertos retirados das entrevistas de R, SS, A e JR

A – “A labioplastia [procurada por mais jovens] sem duvida, as restantes cirurgias são mais diversificadas. Todas as classes [procuram a CG]. Claro que algumas pessoas pensam que a cirurgia estética é inacessível, erradamente.”

SS – “Principalmente a classe média alta. A etnia que prevalece é a branca (...) Acima dos 22 anos é mais comum e até aos 60. Sim [a idade] pode variar.”

M – “(...) pessoas que são associadas à moda (...) que têm um conceito estético apurado (...) estamos a falar de uma classe elevada e por ter uma postura de vestir bem, de se arranjar, mas são pessoas discretas com classe mas que querem estar bem.”⁴²

Depilação genital total

A depilação genital é uma tendência que tem vindo a crescer principalmente no seio das mulheres mais jovens. Como referiram Johnsdotter e Essén (2011) e posteriormente Cunha (2013) uma maior exposição da genitália feminina pode gerar uma maior preocupação com a sua aparência e conseqüentemente a demanda por uma solução para os lábios demasiado salientes, por exemplo. Como referiu **A** “Nós [Portugal] não estamos desfasados em relação ao que se passa lá fora” quando comparados a outros países. Já o cirurgião **SS** refere que as suas pacientes surgem depiladas “na maior parte dos casos”. Contudo, não existe uma opinião uniforme relativamente à depilação genital total como razão para uma maior procura pela CG.

JR – “(...) não vejo relação, tudo depende, se são mulheres do mundo do sexo, ou da arte, do palco (...).”

JC – “Não sei se é bem assim (...) hoje em dia as mulheres andam quase sempre depiladas. Não sei se terá tanto a ver com isso ou mais com os momentos de intimidade.”

M – “(...) muitas vezes esqueço-me de dizer aos nossos pacientes “depilem-se” porque pra mim está implícito. Neste momento começou-se a notar uma coisa que estava um bocado camuflada e isso sim tem a ver com moda”.

S – “Claro, claro, fica mais visível de maneira que é mais ahh esteticamente, as pessoas procuram a beleza, pode ser um argumento para a procura.”⁴³

⁴² Excertos retirados das entrevistas

Riscos da CG

Pode dizer-se que todas as cirurgias acarretam determinados riscos - umas mais do que outras. No mesmo seguimento, todos os cirurgiões entrevistados referem a existência de riscos na CG que se prendem principalmente com infeções e hemorragias. Segundo **R** “prende-se sobretudo com riscos urinários e ginecológicos”, porém de rara frequência, como argumentam **RS** e **J**. Em geral os cirurgiões comparam a CG com as cirurgias estéticas de uma forma global, todavia, um dos entrevistados foi referindo riscos que podem ocorrer devido aos pedidos exagerados de certas pacientes. O entrevistado **A** refere mesmo a necessidade de recorrer a psicólogos aquando do surgimento de tais pedidos.

M – “(...) é como mexer no clitóris, calma! Porque são sítios que são feitos para que realmente haja estimulação sexual e o orgasmo e por aí em que nós sabemos que alteramos a sensibilidade e quando se faz reduções mamárias e esse tipo de cirurgias, muitas vezes, tiramos parte da sensibilidade do mamilo, é uma complicação que pode acontecer (...) é assim, é uma zona muito sensível (...) e acho que temos a mexer muitas vezes em coisas em que, cuidado! porque quaisquer injeções ou qualquer cirurgia pode acarretar fibrose, temos a falar de, por exemplo, o que é uma cicatriz? (...) diminui a capacidade elástica (...) quantos anos têm estes estudos [?], quem é que me diz que estas senhoras daqui a seis anos não têm uma hiper sensibilidade dessa zona? Que mulher, na nossa sociedade, que tem uma vida sexual ativa, nunca teve uma situação em que a estimulação chegou a uma altura em que parece dolorosa? Isto é uma experiência básica! Isto é uma experiência básica transversal a todos, por isso, o aumento dessa sensibilidade pode ser mil vezes pior. Primeiro nunca vi nada de estudos em animais, não dá, pronto não me chamem a mim. E depois publiquem coisas com um determinado follow up! Porque existe o risco de fibrose, existe o risco de sensibilidade exagerada em que obviamente as coisas se tornam dolorosas. O que é que as pessoas querem? Que lhes toque e que atinjam o orgasmo na hora? Por isso é que eu não consigo perceber isso. Tipo, uma das coisas que não faço nem irei fazer.”⁴⁴

Tipo de abordagem por parte das pacientes

Apesar de já nos depararmos com uma certa abertura da mentalidade, falar de genitais femininos ainda acarreta um certo tabu e pode constranger a mulher na

⁴³ Excertos retirados das entrevistas

⁴⁴ Excerto retirado da entrevista de M

abordagem ao cirurgião. Quatro dos entrevistados afirmam haver uma mudança na abordagem quando se trata de realizar CG referindo-se à falta de à vontade. Três cirurgiões acreditam que se trata do oposto e que a abordagem de uma paciente é exatamente a mesma quando se trata de uma cirurgia ao nariz e uma cirurgia genital. Maioritariamente, as mulheres que procuram a CG já são pacientes de outras cirurgias.

SS – “Claro que muda. É outro tipo de cirurgia. Mas a relação médico paciente continua igual.”

M – “A abordagem não é a mesma, é um bocadinho mais recatada, é diferente (...) muito frequente é a pessoa vir para pedir uma opinião sobre outra coisa e no fim sente-se à vontade e é “desculpe tenho uma coisa que ando a pensar há imenso tempo e nunca tive coragem” (...) a partir do momento que tem a primeira consulta está completamente à vontade.”

JC – “Não, não há uma mesma abordagem (...) às vezes andam a dar voltas [até abordar o assunto da CG].”

A – “É um tema que acaba por ser sempre tabu, apesar de tudo ainda hoje eu tenho pacientes que vêm há consulta e não vêm muito à vontade. Algumas vêm, outras não vêm, e outras usam cirurgias que não têm nada a ver e depois dão a volta para chegar ao que no fundo as trazia cá. Já tive pessoas que vieram à consulta para falar de sinais que tinham e depois acabaram numa cirurgia estética genital.”

S – “[as abordagens] São perfeitamente abertas, [as pacientes] num escondem muito. Não vêm com muitos rodeios para dizerem o que querem.”

R – “A abordagem depende muito das doentes mas a maior parte das vezes manifestam o desejo de forma natural, descontraída. Da mesma forma que vão ao ginecologista.”

J – “A mulher encara a sua vida e a sua imagem mais abertamente, é uma abordagem normal como para qualquer outra cirurgia. A mulher que procura a cirurgia [genital] tem uma mentalidade que as mulheres em outros tempos não teriam, não há qualquer tipo de desconforto.”⁴⁵

Normal e anormal

A questão da norma acabou por surgir como pertinente, apesar de não haver uma intenção inicial de trabalhar este tema. Os cirurgiões acabaram por tocar na ideia do normal mais ligado a um conceito estético e não tão funcional. Apesar de não haver um

⁴⁵ Excertos retirados das entrevistas

ponto específico ao longo da entrevista, quando questionadas sobre o que procuravam as portuguesas com a CG, a maioria dos cirurgiões referiu indicadores que levam a perceber o sentimento de anormalidade presente nos genitais das mulheres que pretendem corrigir o que está mal.

A – “Se uma pessoa não conhecer a sua anatomia, se não conhecer uma anatomia normal, ela também não sabe o que está mal nela. (...) Eu pessoalmente não defendo que exista um ideal estético, pode haver variantes e se a pessoa está bem e se gosta não sou eu que vou dizer que vai ou não tirar (...) o que é importante nestas cirurgias são situações que já tenham alguns extremos e aí ninguém tem dúvidas que são inestéticos, são desconfortáveis, e são situações que vão implicar perturbação normal da vida da pessoa, tanto da vida pessoal e sexual como do dia a dia.”⁴⁶

Mutilação genital feminina

O objetivo sempre se prendeu com a vontade de perceber as modificações genitais no seu conjunto e após questionar os cirurgiões sobre CG era relevante saber que conhecimentos possuem os cirurgiões portugueses sobre MG, se sabem quais os procedimentos reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde como MG e se reconhece alguns paralelos entre as duas práticas em causa. De uma forma geral os cirurgiões acham a prática repugnante, uma aberração. No entanto, não têm conhecimento sobre o que realmente engloba a prática, ou seja, não sabem que procedimentos são considerados mutilação. Sem exceções, os entrevistados não consideram haver nenhum paralelo entre a CE e a MG ao contrário do que acontece em outros países e que é referido no trabalho de Johnsdotter e Essén (2011).

SS – “Encaro [a MG] como um crime de atrocidade. Ignorância (...) a [prática] mais comum de todas é a castração do clitóris, (...) São realidades completamente distintas. A mutilação é uma anomalia cultural e é feita em crianças que não tem vontade própria. E a cirurgia estética genital feminina é feita por pessoas com algum conhecimento e esclarecimento e acima de tudo por vontade pessoal.

⁴⁶ Excerto retirado da entrevista de A

JR – “(...) [MG] não é o meu mundo, não é problema para mim (...) não tenho nenhuma opinião formada só acho que não se deve fazer (...) eles que fiquem com a cultura deles que eu fico com a minha cultura.”⁴⁷

A cirurgiã **M** refere que nem gosta de falar sobre o tema e, segundo ela, já deviam ter colocado um ponto final na prática da MG, reconhecendo não ter conhecimento sobre os procedimentos exatos. Não concorda com a existência de liberdade de escolha de uma mulher inserida numa sociedade onde a MG é realizada. Com a mesma opinião encontra-se o entrevistado **R** que se considera preocupado com a falta de eficiência das medidas tomadas por organizações como a OMS.

M – “É assim, não tenho conhecimento. Acho que tudo o que é mexer com isto, com conceitos religiosos ou sociais devia ser completamente banido há muito muito tempo (...) É assim, essas coisas quando passam por aí [MG realizada em mulheres adultas] é assim, elas são adultas com capacidade [?] Tá a perceber? Até que ponto elas têm capacidade de [?] (...) não me venham dizer que a maior parte dessas mulheres têm autonomia para decidir alguma coisa. Elas estão engendradas dentro da sociedade! Isto é muito fácil, é a mesma coisa que nós dizemos em relação a uma mulher que é sustentada pelo marido com filhos, que não parte para uma separação ou para um divórcio, que leva pancada todos os dias e que ela tem autonomia para [!] Tem autonomia para quê [?] (...) A mutilação normalmente é feita dentro de um contexto cultural, seja ele no país de origem, seja ele em micro colonias, noutra país, mas é sempre dentro de um contexto cultural.”

R – “Tudo isto é feito sob pressão social com o objetivo de coesão social. Temos de ter em atenção a questão da saúde, a higiene, pois muitas vezes são procedimentos realizados em zonas sujas. (...) são cirurgias que levam a complicações enormes, realizadas por sei lá quem, podem levar à morte. São várias as possíveis complicações como dor intensa, infeções urinárias, infeções pélvicas, problemas nos partos e conseqüentemente a morte de recém-nascidos (...) Quem é vítima não tem direito à opção, não são autónomos, não têm forma de evitar que isso aconteça, estão sujeitos às crenças sociais...”

Para **M** e **R** não existem paralelos entre a MG e a CG pois enquanto uma tem como finalidade retirar o prazer da mulher a outra pretende ajudar a mulher a aumentar o prazer sexual e a autoestima.

M – “A questão é a seguinte, qual é o objetivo da mutilação [?] Qual é o objetivo [?] O que importa, a causa, é o objetivo. O objetivo é tudo. (...) Qual é o objetivo da mutilação, é satisfaze-la [?] É dar-lhe mais prazer [?] É faze-la sentir-se melhor consigo própria [?] Portanto, santa paciência. (...) Até pode o procedimento ser exatamente o mesmo, mas é o objetivo. É a mesma coisa que dizer que ter uma relação sexual e uma violação é a mesma coisa, no fundo aquilo que me está a perguntar é o mesmo. Ser violada e uma relação sexual é o mesmo [!] O que conta é o objetivo, é a causa.”

⁴⁷ Excerto retirado das entrevistas de M e R

R – “Eu acho que são realidades distintas, quem procura a cirurgia [genital] procura uma opção para gerar autoestima, por exemplo. Definitivamente são cirurgias diferentes, com conceitos diferentes (...) cada pessoa é fruto da circunstância e da realidade em que está inserida. Não podemos comparar países onde a parte social e histórica têm um grande impacto.”⁴⁸

Três dos cirurgiões utilizam a expressão “aberração” para caracterizar a MG apesar de também não terem conhecimento sobre os procedimentos ao certo. **S**, **J** e **JC** também não defendem a existência de paralelos e partilham da mesma opinião que **M** e **R** no que respeita ao objetivo da MG – apenas serve para oprimir a mulher e retirar-lhe o prazer sexual.

S – “(...) é uma aberração (...) Nem faço ideia o que eles fazem. Seja o que for, tudo isso é para que a mulher não sinta prazer e eu acho isso uma estupidez de todo o tamanho. (...) não [existe comparação], porque as mutilações genitais é para tirar o prazer à mulher e a ninfoplastia é para dar mais prazer à mulher.”

J – “Não tenho pleno conhecimento, é mau, é sem o seu consentimento ahhhh mas não tenho nenhuma opinião formada (...) Penso que [a CG] deve ser completamente distinguida da mutilação, a realidade não é a mesma por serem feitas por vontade e com o consentimento informado das pacientes. É um direito da mulher modificar alguma parte do seu corpo, neste caso os genitais. Ela faz isso para que tenha um melhor aspeto físico ou que daí possa retirar maior prazer sexual, é tudo uma questão de maior autoestima e autoconfiança.”

JC – “O que é que eu acho [?] É um horror, não é? É um horror, uma aberração (...) mas já viu o que é cortar o clitóris [?] Isso é uma amputação, uma castração feminina (...) Não tenho muito conhecimento [sobre os procedimentos que a MG acarreta] eu acredito que haja situações que não sejam tao extremas e compreendo que seja cultural mas (...) é uma coisa irreversível e feita sem que as mulheres tenham plena consciência (...) elas até podem ter prazer, há muitas maneiras de ter prazer, às vezes um beijo dá prazer não é? Agora o botão, o interruptor (...) esse foi-se [!]”⁴⁹

Sempre que confrontados com alguns exemplos de mulheres que dizem ter realizado a MG por vontade própria e que garantem ter prazer durante as relações sexuais, os cirurgiões acreditam que essas certezas não passam de uma questão de *inception*. As mulheres são “formatadas” pela sociedade de forma a acreditar na necessidade de passar pela prática da MG.

⁴⁸ Excertos retirados das entrevistas de M e R

⁴⁹ Excerto retirado das entrevistas

VIII. Reflexões Finais

Atualmente, deparamo-nos com o fenómeno do multiculturalismo em muitas sociedades. Sabemos que se trata de um fenómeno que implica a mistura de diferentes culturas e identidades. Estar preparado para aceitar essa coexistência implica aceitarmos práticas e estilos de vida que podem ser diferentes e, até mesmo, ofensivos aos nossos hábitos e tradições. Mas serão essas práticas completamente distintas daquelas que são aceites e praticadas por nós? Podemos afirmar que uma sociedade é a forma de maior dimensão que um grupo de pessoas pode apresentar - pessoas que partilham uma cultura em comum transmitindo-a de geração em geração. Visto isto, considera-se cultura “a totalidade de costumes, conhecimentos, objectos materiais e comportamentos aprendidos e transmitidos socialmente” (Schaefer 2006: 54). Todas as sociedades desenvolvem e partilham algumas práticas e crenças comuns. Se uma sociedade com determinada cultura considera de extrema importância a realização da excisão na mulher para que esta possa viver de forma digna, em outra sociedade, com outra cultura, verifica-se a necessidade da mulher se afirmar e procurar aumentar a sua autoestima e a sua qualidade de vida. Mas estarei a ser fiel aos fatos concluindo o tema das modificações genitais desta forma?

Ao longo do presente estudo foi-se vincando o conceito de modificações genitais que se prende com toda e qualquer alteração realizada ao órgão genital feminino, sem exceções. Dentro das modificações genitais é possível distinguir a Mutilação Genital e a Cirurgia Genital, duas práticas que têm tanto de diferentes como de semelhantes. Se a MG é de origem africana e, no mundo ocidental, é vista como uma aberração e um atentado à mulher, a CG tem vindo a aumentar tanto nos Estados Unidos da América como na Europa e é considerada uma cirurgia do foro estético/funcional, social e

legalmente aceite. Tanto num caso como no outro, as sociedades em causa consideram naturais tais práticas realizadas comumente.

A questão que deu azo à realização deste estudo foi a vontade de perceber como são encarados estes dois atos que incorporam a modificação genital não terapêutica. Foi necessário a realização de entrevistas a cirurgiões de todo o país e para completar a informação obtida, foram recolhidos artigos de jornais, revistas e blogs. Após as várias leituras sobre MG e todo o material recolhido sobre CG é fácil apurar a distância/proximidade entre as duas – constatação que desde o início imaginava obter. Quando menciono proximidade refiro-me aos processos em si, ou seja, o corte no seu todo. Tal como a definição da OMS demonstra, o que as duas práticas têm de mais próximo é o conjunto de cortes que é realizado nos genitais femininos que têm como um único objetivo final moldar o corpo mediante o contexto em que se encontra inserida. Não obstante, quando me refiro a distância é no sentido em que são encaradas pelos cirurgiões portugueses - a CG e a MG nada têm em comum. Apesar de o afirmarem com toda a convicção, mostraram desconhecer o leque amplo e variado de procedimentos incluídos na definição de MGF da OMS. Desta forma, como podem os nossos cirurgiões comparar as práticas e reconhecer, ou não, qualquer tipo de paralelo? Também me refiro a distância na forma em como são comentadas e tratadas as notícias nos *media*. Sem que haja neutralidade, a informação sobre MG é sempre tratada no plano do senso comum, em que a mesma informação é repetida sem que seja questionada. As notícias e artigos sobre CG apenas referem o tipo de procedimentos que cada cirurgia implica, sem que nunca seja colocada em causa.

As opções metodológicas tomadas tiveram um papel central na recolha de informação mas, ao longo do processo, não foi possível evitar as diversas barreiras que surgiram no terreno. Não conseguir entrevistar as pacientes de CG foi uma das

dificuldades que mais pesou e apenas se conseguiu contorná-la com algumas das questões acrescentadas ao guião dirigido aos cirurgiões. Uma outra limitação relaciona-se com a reduzida dimensão da amostra, o que impediu a generalização dos resultados, consequência da dificuldade em obter respostas por parte dos hospitais/clínicas. Neste sentido, seria interessante alargar o estudo a uma amostra de maiores dimensões, da qual façam parte também mulheres interessadas em realizar a cirurgia e mulheres que já a tenham realizado.

Uma outra comparação que ao longo do estudo foi ganhando peso e que se mostrou como um dos paralelos existentes entre a CG e a MG é a questão da opressão que tanto se utiliza para abordar o tema da MG. Nos estudos encontrados sobre a mutilação, nos blogs que abordam o tema e também nas revistas e jornais que escrevem sobre o fenómeno, a questão da opressão do patriarcado aparece como uma das respostas à submissão por parte da mulher. Nas entrelinhas das entrevistas realizadas aos cirurgiões sobre CG pareceu-me possível verificar uma certa opressão como resposta à demanda pela cirurgia íntima, no momento em que estes se referem a formas de comparação entre a genitália anormal da mulher comum e uma vagina perfeita e idealizada devido a imagens pornográficas e muitas vezes digitalmente alteradas. Esta imagem transmitida de uma perfeição “atingível” e prometida através da CG não poderá ser vista como opressão? Foucault toca neste ponto durante os seus trabalhos sobre o corpo como alvo do poder disciplinador e Janice Boddy (*apud* Andrade 2011) também analisa o ato de modelar o corpo feminino ao que é socialmente aceite. Como tantos outros, estes dois estudos apontam para um fenómeno já há muito existente em todas as sociedades - a formatação do “eu”. Isso não é opressão? Infelizmente, esta foi uma questão que surgiu numa fase final e que gostaria de aprofundar futuramente e questionar os cirurgiões sobre esta possibilidade. Afinal, a mulher ocidental que procura

realizar a cirurgia é ou não alvo de pressões externas que a levam a procurar aquilo que a sociedade tem como ideal? Estarão os motivos desta procura apenas ligados à autoestima e à liberdade de escolha?

Referências Bibliográficas

Andrade, Daniela Dorneles de. 2011. “Sobre normas e corpos: resultados de uma pesquisa de campo sobre cirurgia estética no Rio de Janeiro, Brasil.” *Questões de Saúde Reprodutiva*, Dezembro. 26–36.

Anônimo. 2006. “Mutilação genital feminina.” *Opinião e Notícias*. Obtido a 16 de Novembro de 2013 (<http://opiniaoenoticia.com.br/opiniao/artigos/mutilacao-genital-feminina/>).

Anônimo. 2016. “Cirurgias vaginais aumentam prazer.” *Correio da Manhã*. Obtido a 4 de Abril de 2013 (<http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/portugal/cirurgias-vaginais-aumentam-prazer>).

Associação para o planeamento da família. 2004. *Mutilação Genital Feminina*.

Berer, Marge. 2011a. “Cirurgia estética, imagem corporal e sexualidade.” *Questões de Saúde Reprodutiva*, Dezembro. 9–15.

Berer, Marge. 2011b. “Labioplastia por razões não terapêuticas versus mutilação genital feminina: contradições legais e práticas na Grã-Bretanha.” *Questões de Saúde Reprodutiva*, Dezembro. 37–42.

Borges, Natacha Gonzaga. n.d. “Máxima.” *Cirurgia da intimidade* Obtido a 28 de Maio de 2012 (<http://sub.maxima.xl.pt/0508/corpo/100.shtml>).

Branco, Sofia. 2002. “O holocausto silencioso das mulheres a quem continuam a extrair o clítoris.” *Público*, Obtido a 4 de Agosto de 2013 (<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/o-holocausto-silencioso-das-mulheres-a-quem-continuam-a-extrair-o-clitoris-167489>).

Cabral, Eduardo. n.d. “Dr. Eduardo Cabral - Cirurgia Plástica.” *Rejuvenescimento Vaginal*. Obtido a 12 de Janeiro de 2014 (<http://www.dreduardocabral.com.br/rejuvenescimento-vaginal/>).

Cardoso, Maria. n.d. “Cirurgias íntimas.” *Amor e Sexo*. Obtido a 12 de Dezembro de 2013 (<http://mulher.sapo.pt/amor-sexo/estimulos/cirurgias-intimas-994484.html>).

Colaneri, André Freitas. n.d. “Clínica Colaneri.” *Cirurgia íntima recupera auto-estima e dá mais prazer à mulher*. Obtido a 14 de Dezembro de 2013 (<http://www.cirurgiaestetica.com.br/pdfs/cirurgia-plastica-cirurgia-intima-recupera-auto-estima-e-da-mais-prazer-a-mulher.pdf>).

Cunha, Manuela Ivone. 2013a. *Crime, cultura e justiça: identidade, diferença e desigualdade em torno dos cortes genitais femininos*. [Crime, culture and justice: Difference and Inequality on FGC/C] in *Construir a Paz: Visões interdisciplinares e internacionais sobre conhecimentos e práticas: família, justiça, social e comunitária*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, Vol.1:89-97

Cunha, Manuela Ivone. 2013b. “Género , cultura e justiça : A propósito dos cortes genitais femininos.” *Análise Social - Nº 209, Vol. XLVIII (4º trimestre 2013)*, Fevereiro, 834–856.

Duarte, Vera Mónica da Silva. 2011. “Os caminhos de Alice do outro lado do espelho: Discursos e percursos na delinquência juvenil feminina.”, Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Especialidade em Sociologia e Metodologias Fundamentais. Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais - Universidade do Minho.

Falcão, Juliana. n.d. “Cirurgias Íntimas - Intervenção Médica ou Estética.” *Vila Mulher* 2012. Obtido a 8 de Março de 2013 (<http://vilamulher.terra.com.br/cirurgias-intimas-intervencao-medica-ou-estetica-3-1-31-735.html>).

Ferreira, Ana Cristina. 2014. “Mutilação genital deverá ser crime mesmo quando praticada lá fora.” *Público*, Obtido a 28 de Agosto de 2014 (<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/mutilacao-genital-devera-ser-crime-mesmo-la-fora-1667802>).

Foucault, Michel. 1993. *Surveiller et Punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard.

Gonçalves, Yasmine. 2004. *Mutilação Genital Feminina: Direitos Humanos de Mulheres e Crianças*. Lisboa: APF

Guerreiro, Rui. 2013. “Os meus favoritos: as minhas referências web.” *Himenoplastia – Cirurgia de reconstituição do hímen – Fique Virgem Outra Vez*. Obtido a 14 de Dezembro de 2013 (<http://www.developping.com/cirurgia-plastica/himenoplastia/>).

Haguette, Teresa Maria Frota. 1987. “A entrevista.” Pp. 86–91 in *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes.

Johnsdotter, Sara, e Essen, Birgitta. 2011. “A política de modificações dos genitais e a questão étnica.” Pp. 43-53 in *Questões de Saúde Reprodutiva*, Dezembro.

Krieken, Robert Van. 1996. “A organização da alma: Elias e Foucault sobre a disciplina e o eu.” Pp. 153–180 in São Paulo: Plural/USP Obtido a 12 de Maio de 2014 (https://www.academia.edu/4448134/A_Organizacao_da_Alma_Elias_e_Foucault_sobre_a_Disciplina_e_o_Eu).

Lalanda, Piedade. 1998. “Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica.” *Análise Social - vol. XXXIII (148), 1998 (4.º)*, 871–883.

Latham, Melanie. 2011. “Um Prognóstico desfavorável para a autonomia: Cirurgia estética autorregulada no Reino Unido.” Pp. 16-25 in *Questões de Saúde Reprodutiva*, Dezembro.

Lusa. 2014a. “Estudo sobre mutilação genital feminina em Portugal avança em março.” *Sic Notícias*, Obtido a 6 de Fevereiro de 2014 (<http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2014-02-06-estudo-sobre-mutilacao-genital-feminina-em-portugal-avanca-em-marco>).

Lusa. 2014b. “Parlamento prepara-se para criminalização específica da mutilação genital feminina.” *Público*, Obtido a 26 de Fevereiro de 2014 (<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/parlamento-preparase-para-criminalizacao-especifica-da-mutilacao-genital-feminina-1626362>).

Martins, Stela. n.d. “Beleza íntima: Conheça em pormenor a cirurgia da intimidade.” *Estética Viva* Obtido a 21 de Junho de 2013 (<http://mulher.sapo.pt/beleza-e-bem-estar/corpo-e-estetica/artigo/beleza-intima/?page=all>).

Neto, Hermínio et al. 2011. “Mutilação genital feminina: uma interpretação à luz da ética.” *Jus Navigandi*.

Organização Mundial de Saúde, e Associação para o planeamento da família. 2009. *Eliminação da Mutilação Genital Feminina - Declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*.

Piedade, Sandra Marisa Pereira Rendall. 2008. “Mutilação Genital Feminina em Portugal.” Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Obtido a 7 de Junho de 2012 (<http://www.amnistia-internacional.pt/dmdocuments/EstudoMutilacaoGenFeminina.pdf>).

Pinto, Cláudia. n.d. “Embelezamento e reconstrução da vagina.” *Corpo e Estética*. Obtido a 4 de Abril de 2013 (<http://mulher.sapo.pt/beleza-e-bem-estar/corpo-e-estetica/artigo/embelezamento-e-reconstrucao-da-vagina>).

Pinto, Cláudia. n.d. “Rejuvenescimento vaginal com laser.” *Corpo e Estética*. Obtido a 22 de Março de 2014 (<http://mulher.sapo.pt/beleza-e-bem-estar/corpo-e-estetica/artigo/rejuvenescimento-vaginal-com-laser>).

Plowman, TM. 2010. “The Perfect Vagina.” *Reproductive Health Matters* 18(35):111–114. Retirado a 7 de Junho de 2012 (<http://www.biomedsearch.com/article/Perfect-Vagina/236247701.html>).

Portella, Ana Paula e Simone Diniz. 2011. “Apresentação.” Pp. 6-8 in *Questões de saúde reprodutiva: cirurgia estética, imagem corporal e sexualidade*.

Revista Maria. 2012. “Cirurgia estética ou correção: Bisturi devolve prazer na cama.” Agosto. Obtido a 10 de Abril de 2013 (<http://www.impala.pt/detail.aspx?id=31927&idCat=2058>).

Ruquoy, Danielle. 2005. “Situação de entrevista e estratégia do entrevistador.” Pp. 84–16 in *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, editado por Luc Albarello et al. Lisboa. Gradiva.

Santos, Sónia Morais. 2006. “Em busca da virgindade perdida.” *Diário de Notícias*. Obtido a 4 de Abril de 2013 (http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=640863).

Schaefer, Richard T. 2006. “Cultura.” Pp. 52–72 in *Sociologia*, editado por Eliane Kanner e Maria Helena Ramos Bononi. São Paulo.

Silva, Maria Cardeira. 2007. “A ‘Guerra’ Contra Mutilação Genital Feminina (MGF) Danos Colaterais.” *Por Nascer Mulher. Um outro Lado dos Direitos Humanos*, 16–24.

Tiefer, Leonore. 2006. “Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance.” *Plos Medicine* 3(4).

Villalobos, Madalena. 2006. “Cirurgias da Intimidade.” *Correio da Manhã*. Obtido a 4 de Abril de 2013 (<http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/bau/vidas/cirurgias-da-intimidade>).

Walley, Christine J. 1997. “Searching for ‘voices’: feminism, anthropology, and the global debate over female genital operations.” *Cultural anthropology: journal of the Society for Cultural Anthropology* 12(3):405–438.

Outras Referências

Ilustração 1: Obtida a 12 de Setembro de 2014 através do site
http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2013/11/15/noticia_saudeplena,146439/aumento-em-cirurgias-esteticas-genitais-na-inglaterra-preocupa.shtml

Ilustração 2: Obtida a 12 de Setembro de 2014 através do site
http://biocnec.blogspot.pt/2013_10_19_archive.html

Ilustração 3: Obtida a 12 de Setembro de 2014 através do site
<http://www.plennacirurgiaplastica.com.br/cirurgia-da-intimidade/>

Ilustração 4: Obtida a 12 de Setembro de 2014 através do site
<http://janeentrelinhas.blogspot.pt/2014/04/mutilacao-genital-feminina.html>

Ilustração 5: Obtida a 12 de Setembro de 2014 através do site
<http://mutilacaogenital.blogspot.pt/>

ANEXOS

Exemplo da Carta Enviada às Escolas

Boa noite Dr

Sou uma mestranda da Universidade do Minho e desenvolvo uma tese em torno das modificações genitais femininas em Portugal -- suas características, procura recente, e perspectivas sobre elas. Interessam-me muito especialmente as cirurgias genitais de cariz estético (labioplastia, plastia do ponto G, estreitamento vaginal, lipoaspiração do monte púbico, redução do capuz clitoriano ou dos lábios, reposição clitoriana) ou estético-reconstrutivo. É uma questão sobre a qual existe ainda muito pouca informação em Portugal, ao contrário do que sucede já noutros países.

Ser-me-ia muitíssimo útil poder trocar alguns pontos de vista com os cirurgiões e profissionais do sector acerca da sua experiência e dos públicos com que lidam. As entrevistas que alguns cirurgiões de clínicas e hospitais de Porto e Lisboa aceitaram já, amavelmente, conceder-me têm-se revelado valiosíssimas. Porém, a minha investigação seria mais robusta se tivesse a oportunidade de realizar um maior número de entrevistas, num leque mais alargado de instituições.

É nesse sentido que me permito importuná-lo e pedir-lhe a gentileza de me conceder algum do seu tempo para uma conversa, a agendar de acordo com a sua disponibilidade. Evidentemente, os dados referentes à entrevista e ao entrevistado são estritamente confidenciais e serão escrupulosamente anonimizados.

Ao seu dispor para mais esclarecimentos e agradecendo-lhe de antemão a disponibilidade,

Joana Silva

Universidade do Minho

Guião das Entrevistas

1. Considera que CEGF (Cirurgia Estética Genital Feminina) possa estar na moda? Nota algum crescimento na procura? Se sim, o que lhe parece ter motivado este crescimento?
2. Quantas cirurgias, deste tipo, já levou a cabo?
3. Das cirurgias genitais que faz, quais as mais procuradas (redução dos pequenos lábios vaginais, conhecido por labioplastia, a perineoplastia, vaginoplastia, a himenoplastia, plastia do ponto G, lipoescultura do púbis (monte de vénus), clitoroplastia e o lipofilling vaginal)?
4. Segundo a sua experiência, o que procuram alcançar as Portuguesas ao procurar um cirurgião da intimidade? Buscam o quê exatamente? Maior conforto, algum melhoramento estético?
5. Existe alguma “cliente-tipo”? Que tipo de mulher é que procura este serviço? (em termos de classe social, etnicidade...)
6. Qual a idade mais comum das mulheres que procuram esta cirurgia? A idade pode variar consoante o tipo de cirurgia procurada?
7. Por norma, as clientes que procuram este tipo de cirurgia apresentam-se depiladas na zona genital? (Acha que a moda da depilação genital total pode ser causadora de um aumento da procura destas cirurgias, visto deixar mais visíveis os órgãos genitais?)

8. Que tipo de riscos podem acarretar estas cirurgias para as clientes?
9. Relativamente aos pacientes. Que tipo de abordagem fazem quando desejam realizar este tipo de cirurgia?
10. Como é que as clientes expõem o seu caso? De que forma colocam o problema?
11. Sei que faz outras cirurgias estéticas. As mulheres que procuram a Cirurgia Genital são clientes antigas (de outras cirurgias estéticas)?
12. (no caso de mulheres que já fizeram outras cirurgias plásticas) Acha que o tipo de abordagem muda consoante o tipo de cirurgia, mesmo sendo a mesma paciente? (por exemplo uma paciente que faz mamoplastia de aumento e agora decide fazer cirurgia genital)
13. Como encara as modificações genitais conhecidas por Mutilação Genital Feminina?
14. Tem conhecimento da variedade de procedimentos que existem e que são reconhecidos como mutilação genital feminina pela Organização Mundial de Saúde?
15. Se esquecermos os contextos culturais envolventes, acha que há algum tipo de paralelos entre a Mutilação Genital Feminina e a Cirurgia Estética Genital Feminina? Ou pelo contrário acha que são realidades inteiramente distintas?