

Original Article/Artigo Original

Female Genital Mutilation: Knowledge from Health Professionals

Mutilação Genital Feminina: O que sabem os Profissionais de Saúde?

Sandra Barreto*, Vera Cunha*, Lisa Vicente**, Ana Campos***

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Abstract

Portugal is considered by the World Health Organization (WHO) a risk country for the practice of Female Genital Mutilation (FGM).

Objectives: To evaluate the knowledge that health professionals from Maternity Dr. Alfredo da Costa (MAC) have regarding FGM.

Population and Methods: Analysis of surveys delivered to health professionals from MAC (a hospital dedicated to reproductive health), between April and June 2008, addressing issues related to the knowledge about FGM.

Results: Authors collected 112 valid surveys involving 38 doctors, 48 nurses and 26 medical auxiliaries/administrative personnel. From the respondents, 106 (95%) had heard about FGM practice before, the media being the most reported source of information; 59 (53%) replied they could be able to recognize FGM cases in their clinical practice; however, only 31 (28%) claimed to know the FGM type classification and 32 (29%) admitted to be prepared to recognize and manage these situations in their own clinical practice; 9 had been consulted explicitly by a FGM practice complication and 1 doctor had admitted having been asked to perform/execute FGM; 13 (12%) recognized that the Portuguese legislation fits this practice. Regarding the practice of FGM, 100 (89%) of respondents stated that it should not be maintained and 97 (87%) stated that it should not be tolerated. However, 42 (38%) considered that if these practices were a reality, then they should be medical assisted.

Discussion: Health professionals can play an important role in eliminating the practice of FGM, not only by the proper clinical management of this situation, but also by preventing those communities at risk to resort to FGM. Most health professionals are not prepared to deal with FGM in their clinical practice. It is important to promote a better knowledge on the subject and to create protocols for proper clinical management.

Keywords: female genital mutilation; health professionals; knowledge

INTRODUÇÃO

A Mutilação Genital Feminina (MGF) consiste na remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos, assim

como outras lesões que alteram anatomicamente os genitais femininos, fundamentada em motivos culturais e não terapêuticos¹. Esta tradição é comum em 28 países africanos e em muitas comunidades migrantes na Europa e nos Estados Unidos, atingindo cerca de 130 milhões de mulheres todos os anos. Não representa apenas uma questão física ou anatómica, enquadrando-se a sua prática num uni-

* Interna Complementar de Ginecologia/Obstetrícia

** Chefe da Divisão de Saúde Reprodutiva

*** Directora do Serviço de Medicina Materno Fetal

verso sócio-cultural e religioso próprio que modela a forma como a mulher vive, pensa, sente e é vista na sociedade.

A MGF provoca alterações anatómicas e funcionais nos genitais externos femininos originando complicações que podem ser mais ou menos graves consoante o tipo e extensão do corte, a experiência de quem realizou a mutilação, as condições de assepsia durante e após a realização do procedimento e, a própria condição física da vítima. As complicações associadas a esta prática podem comprometer a saúde da mulher durante a gravidez e o parto, sendo importante os profissionais de saúde saberem actuar perante estas situações.

Pelo facto de receber pessoas oriundas de países onde esta prática é comum, Portugal é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um País de risco no que diz respeito à prática da MGF. Contudo, os dados sobre a verdadeira dimensão do problema a nível nacional são insuficientes. Ainda que, na sua actividade clínica, os profissionais de saúde tenham oportunidade de se deparar com esta situação, muitos não se encontram ainda sensibilizados para esta questão e desconhecem a melhor abordagem destas mulheres.

Com o objectivo de avaliar o grau de conhecimento sobre este tema, realizaram-se inquéritos anónimos de auto-preenchimento a profissionais de saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC). Simultaneamente, com este estudo pretendeu-se sensibilizar os profissionais para este assunto e criar um ambiente favorável à discussão do tema entre os diferentes profissionais de saúde.

POPULAÇÃO MÉTODOS

Entre Abril e Junho de 2008 foram distribuídos entre os profissionais de saúde da MAC (ginecologistas e obstetras, pediatras, enfermeiros, auxiliares de acção médica e administrativos) inquéritos anónimos de auto-preenchimento, constituídos por 21 perguntas de resposta múltipla (inquérito adaptado do trabalho realizado por Yasmina Gonçalves, coord. de Alice Frade em 2003 e 2005)²⁻³ com posterior entrega voluntária aos autores. Este inquérito abordou questões relacionadas com o conhecimento sobre MGF no que respeita à sua classificação, identificação, reconhecimento, enquadramento legal, experiência clínica e o conhecimento sobre a sua abordagem clínica.

Os autores recolheram 114 inquéritos, dos quais 112 foram considerados válidos, procedendo à análise das respectivas respostas.

RESULTADOS

Os inquéritos foram distribuídos entre Abril e Junho de 2008, tendo sido recebidos 112 inquéritos válidos (Quadro

I). Responderam ao inquérito 38 médicos, 48 enfermeiros e 26 auxiliares de acção médica/administrativos; 101 do sexo feminino (90%), tendo 63 (56%) idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos (idade média: 36,5 anos).

Quando questionados sobre se “já tinham ouvido falar na prática da MGF”, 106 (95%) responderam afirmativamente, correspondendo a 97% dos médicos e à totalidade dos enfermeiros. Os meios de comunicação social foram a fonte de informação mais referida (N=90; 80%), seguida da aquisição de conhecimentos através de informação científica (N=54; 48%) ou do local de trabalho (N=51; 46%). Apenas 13 dos inquiridos (12%) já haviam participado em congressos/formações sobre o tema (7 médicos, 4 enfermeiros e 2 auxiliares de acção médica/administrativos).

Dos 112 inquiridos, 59 (53%) afirmaram que saberiam reconhecer na sua prática clínica uma situação de MGF (27 médicos, 27 enfermeiros e 5 auxiliares de acção médica/administrativos). No entanto, entre eles, apenas 31 (28%) admitiram conhecer a classificação dos tipos de MGF (13 médicos, 14 enfermeiros e 4 auxiliares de acção médica/administrativos) e apenas 32 (29%) admitiu sentir-se preparado para reconhecer e abordar esta situação na sua prática clínica. De salientar que 102 dos 112 profissionais de saúde abordados consideraram importante receber mais informação sobre o tema.

A maioria dos profissionais de saúde (N=103; 92%) afirmaram conhecer quais os países onde esta prática é comum. No entanto, apenas 20 (18%) mostraram conhecimento da realização da prática de MGF em território português e 13 (12%) reconheceram que a legislação portuguesa enquadra esta prática.

Quarenta e quatro dos inquiridos (39%) já tinham observado pelo menos uma mulher com MGF (correspondendo a 22 médicos, 20 enfermeiros, e 2 auxiliares de acção médica/administrativos. De salientar que 9 deles haviam sido consultados explicitamente por uma sequela desta prática (6 médicos e 3 enfermeiros) e 1 médico admitiu já ter sido solicitado para realização/execução da prática de MGF.

Em relação à prática da MGF, 100 (89%) dos inquiridos manifestou que esta não deveria ser mantida e 97 (87%) que não deveria ser tolerada. Contudo 42 (38%) considerou que a prática, sendo uma realidade, deveria ser medicamente assistida.

DISCUSSÃO

No presente grupo de 112 profissionais de saúde inquiridos, a MGF representa um tema conhecido pela maioria (apenas 1 administrativo/auxiliar de acção médica admitiu nunca ter ouvido falar na prática de MGF). No entanto, tal não se traduziu necessariamente no conhecimento

Quadro I: Resumo das respostas ao questionário sobre MGF

| Resposta | Médicos | | | Enfermeiros | | | Auxiliares Acção Médica/ Administrativos | | | Total | | |
|--|---------|----|----|-------------|----|----|--|----|----|-------|-----|----|
| | S | N | SR | S | N | SR | S | N | SR | S | N | SR |
| Já ouviu falar na prática de MGF? | 37 | 0 | 1 | 48 | 0 | 0 | 21 | 1 | 4 | 106 | 1 | 5 |
| Conhece a classificação dos vários tipos de MGF? | 13 | 25 | 0 | 14 | 33 | 1 | 4 | 21 | 1 | 31 | 79 | 2 |
| Saberia reconhecer na sua prática clínica uma situação de MGF? | 27 | 9 | 2 | 27 | 17 | 4 | 5 | 19 | 2 | 59 | 45 | 8 |
| Já observou alguma mulher com MGF? | 22 | 16 | 0 | 20 | 28 | 0 | 2 | 22 | 2 | 44 | 66 | 2 |
| Tem ideia de quais os países de origem destas mulheres? | 34 | 4 | 0 | 44 | 4 | 0 | 25 | 1 | 0 | 103 | 9 | 0 |
| Já frequentou alguma seminário acção de formação/congresso sobre o tema? | 7 | 31 | 0 | 4 | 44 | 0 | 2 | 24 | 0 | 13 | 99 | 0 |
| Achava importante receber mais informação sobre o tema? | 33 | 5 | 0 | 47 | 1 | 0 | 26 | 0 | 0 | 106 | 6 | 0 |
| Já foi consultado devido a 1 sequela provocada pela prática de MGF? | 6 | 32 | 0 | 4 | 44 | 0 | 0 | 26 | 0 | 10 | 102 | 0 |
| Já lhe foi solicitado a Realização / /execução de MGF? | 1 | 37 | 0 | 0 | 48 | 0 | 0 | 25 | 1 | 1 | 110 | 1 |
| Sente-se preparado para reconhecer e abordar esta situação na sua prática clínica? | 12 | 26 | 0 | 10 | 38 | 0 | 8 | 16 | 2 | 30 | 80 | 2 |
| Considera importante a existência de um protocolo de actuação para estes casos? | 32 | 5 | 1 | 43 | 5 | 0 | 23 | 2 | 1 | 98 | 12 | 2 |
| Considera que a MGF é uma questão importante na sociedade portuguesa? | 23 | 14 | 1 | 33 | 14 | 1 | 15 | 10 | 1 | 71 | 38 | 3 |
| Tem conhecimento se a legislação portuguesa enquadra a prática de MGF? | 8 | 30 | 0 | 1 | 46 | 1 | 4 | 22 | 0 | 13 | 98 | 1 |
| Considera que esta prática deve ser punida por lei? | 38 | 0 | 0 | 41 | 5 | 2 | 24 | 2 | 0 | 103 | 7 | 2 |
| Considera que esta prática deve ser de notificação obrigatória? | 35 | 2 | 1 | 46 | 0 | 2 | 24 | 0 | 2 | 105 | 2 | 5 |
| Tem conhecimento da realização da prática de MGF em território português? | 11 | 27 | 0 | 8 | 39 | 1 | 1 | 24 | 1 | 20 | 90 | 2 |
| Considera que a prática de MGF (prática milenar, cultural) deve ser... | | | | | | | | | | | | |
| Tolerada? | 0 | 35 | 3 | 3 | 42 | 3 | 2 | 20 | 4 | 5 | 97 | 10 |
| Mantida? | 0 | 35 | 3 | 0 | 44 | 4 | 0 | 21 | 5 | 0 | 100 | 12 |
| Medicamente assistida? | 9 | 24 | 5 | 20 | 23 | 5 | 13 | 8 | 5 | 42 | 55 | 15 |
| Considera que os profissionais de saúde poderão ter um papel importante na erradicação da prática? | 35 | 2 | 1 | 40 | 3 | 5 | 23 | 3 | 0 | 98 | 8 | 6 |

S – Sim, N – Não, SR – Sem resposta

Quadro II: Classificação dos Tipos de MGF⁹

| | |
|-----------------|--|
| Tipo I | Clitoridectomia: remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio. Variações: Tipo Ia - remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris; Tipo Ib - remoção do clítoris com o prepúcio. |
| Tipo II | Excisão: remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios. Variações: Tipo IIa - remoção apenas dos pequenos lábios; Tipo IIb - remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios; Tipo IIc - remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos e dos grandes lábios. |
| Tipo III | Infibulação: Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris. Variações: Tipo IIIa - remoção e aposição dos pequenos lábios; Tipo IIIb - remoção e aposição dos grandes lábios. |
| Tipo IV | Actos não classificados: todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/picar, perfuração, incisão/corte, escarificação e cauterização. |

sobre a classificação dos diversos tipos de MGF, ou na capacidade de abordar correctamente esta situação na prática clínica.

Entre os inquiridos, 44 (39%) já tinham observado pelo menos uma mulher com MGF, o que confirma que a MGF é uma realidade no território nacional. O facto de 9 dos inquiridos já terem sido abordados por uma sequela da prática de MGF e, um já ter sido solicitado para a realização da prática, traduz que a prática de MGF existe em Portugal. Os profissionais que trabalham numa área dedicada à saúde materna e saúde reprodutiva constituem um grupo de profissionais de saúde a quem as mulheres mutiladas poderão mais frequentemente recorrer por complicações, sequelas e enquanto estão grávidas. Ao contrário do que se poderia pensar, entre estes profissionais de saúde, apenas 59 dos inquiridos (53%) admitiram saber reconhecer na sua prática clínica uma situação de MGF. É significativo que 9 médicos e 17 enfermeiros tenham assumido que não saberiam reconhecer uma situação de MGF na sua prática clínica e que, 80 dos inquiridos (entre os quais 26 médicos), tenham admitido não se sentirem preparados para reconhecer e abordar uma situação clínica de MGF na sua prática clínica.

A MGF representa um tema pouco abordado durante a formação dos profissionais de saúde: apenas 13 (12%) admitiram ter participado em congressos/formações sobre a MGF. Existe uma falha na sua formação justificando que só 31 (28%) dos profissionais de saúde tenham admitido conhecer a classificação dos tipos de MGF (Quadro II).

A MGF está enquadrada no código penal português no artigo 144º, como Ofensa à Integridade Física Grave⁴ (artigo com aplicação também a actos praticados fora do território português). No entanto, apenas 13 dos inquiridos conheciam que a legislação portuguesa enquadrava esta prática.

Tal como tem sido reconhecido por várias Instituições e Agências Internacionais, a prática da MGF representa uma violação dos direitos humanos. Entre os inquiridos ninguém considerou que esta prática deveria ser mantida. No entanto, talvez por respeito pela “tradição cultural”, 5 admitiram poder ser uma prática tolerável. Este tema é controverso e tem sido sujeito a discussão em diferentes Países. No presente estudo, podemos também constatar que 42 (38%) dos inquiridos considerou que a prática, sendo uma realidade, deveria ser medicamente assistida. Em relação a este tema, em 1994, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), aprovou uma resolução opondo-se à prática de MGF por obstetras e ginecologistas, incluindo uma recomendação para “combater qualquer tentativa da prática por pessoal médico ou de autorizar a sua realização, sob quaisquer circunstâncias, em estabelecimentos de saúde ou por profissionais de saúde”.

Em Portugal, a Associação para o Planeamento da Família (APF), em estreita colaboração com parceiros internacionais e nacionais, identificou, em 1999, a necessidade de trabalhar a MGF, tendo integrado esta prática nos seus planos de actividades. Em 2003 Yasmina Gonçalves, realizou um estudo em 5 Centros de Saúde do Concelho da Amadora e 2 Unidades Hospitalares de Lisboa, abordando 151 médicos e enfermeiros, em que apenas 11% dos profissionais de saúde afirmou ter frequentado alguma acção de formação sobre MGF. Os seus resultados revelaram a insuficiente formação específica em MGF durante a formação dos profissionais de saúde². Após um intervalo de 2 anos, Yasmina Gonçalves, realizou novo estudo nos Centros de Saúde do Concelho de Loures, abordando, desta vez, 79 médicos e enfermeiros. À semelhança dos resultados deste estudo, constatou que apesar do tema

MGF ser familiar à maioria daqueles profissionais de saúde (92%), apenas 3% assumiu ter frequentado acções de formação sobre o tema e, 29% reconheceu que saberia reconhecer uma situação de MGF na sua prática clínica. No entanto, comparando com os profissionais na nossa amostra, menos profissionais afirmaram já ter observado situações de MGF na sua prática clínica (4% vs. 39%) e nenhum deles havia sido solicitado para realização de MFG, o que vem ao encontro do pressuposto de que os profissionais trabalhando na área da saúde reprodutiva se encontram numa posição preferencial para observar estas situações³.

Este insuficiente conhecimento sobre MGF entre profissionais de saúde foi também encontrado em estudos semelhantes, realizados em outros países europeus. Em 2006, Els Leye *et al*, abordou 334 ginecologistas belgas sobre a prática de MGF: 58,4% admitiram já ter observado uma mulher com MGF, no entanto, apenas 1,2% admitiu sentir-se preparado para abordar uma situação de MGF na sua prática clínica e 23,7% conhecia o conteúdo da legislação belga sobre a prática de MGF. Este estudo alertou para a escassa formação sobre MGF durante a formação específica em ginecologia na Bélgica, resultando no desconhecimento da correcta abordagem clínica da mulher mutilada e no insuficiente conhecimento da Legislação Belga⁵.

É um facto que a MGF existe e se realiza em território nacional, mas ainda não existem dados sobre a verdadeira dimensão do problema no nosso País. Nos últimos anos, o tema de MGF tem sido alvo de várias campanhas nacionais que aumentaram a sua exposição e divulgação. No entanto, apesar do presente estudo ter sido realizado em 2008 e abranger um número reduzido de profissionais de saúde de apenas uma unidade hospitalar, representa o único estudo nacional, até à data dirigido a profissionais de saúde em ambiente hospitalar (de um hospital dedicado à saúde reprodutiva). A maioria dos inquiridos no presente estudo era mulher, o que está de acordo com a distribuição pelo género nos profissionais nesta Instituição.

Em Portugal no final de 2007, foi criado um grupo de Trabalho Inter-Sectorial para a criação de um Programa Nacional de Acção sobre MGF, que reúne várias entidades oficiais e ONG's, assim como representantes de comunidades afectadas. Na sequência deste trabalho foi criado o I Programa de Acção para a Eliminação da MGF⁶, integrado no Plano Nacional Para Igualdade 2007-2010. Em 2011 foi revisto e elaborado o II Programa de Acção para a Eliminação da MGF (2011-2013)⁷, que integrou o III Plano Nacional para a Igualdade (2011-2013). Este Programa Nacional tem como principais estratégias a promoção de acções de informação/sensibilização, educação e prevenção dos riscos relacionados com a MGF,

principalmente na área da saúde sexual e reprodutiva. No âmbito deste Programa, em 2010, a Direcção-Geral da Saúde constituiu um grupo de trabalho que congrega profissionais de diferentes áreas da saúde, no sentido de definir as orientações sobre conduta e prevenção da MGF. Estas orientações foram já publicadas em Fevereiro de 2012⁸.

No nosso país, é importante estar atento à extensa comunidade imigrante natural da Guiné-Bissau, onde se estima, segundo dados da OMS, uma prevalência de MFG entre os 15-49 anos, de 44,5%⁹. De acordo com dados oficiais publicados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, residiam em Portugal em 2010, 19 817 cidadãos provenientes da Guiné-Bissau¹⁰. Estes dados confirmam a possibilidade da existência desta prática em Portugal e, a hipótese das menores serem enviadas, durante as férias escolares, ao país de origem para a sua realização. Este fenómeno está descrito também em outros países¹¹.

A MGF provoca alterações anatómicas e funcionais nos genitais externos femininos não desprovidas de complicações. Sendo um procedimento muitas vezes realizado sem condições de assepsia ou anestesia¹¹, as complicações imediatas incluem a dor intensa, hemorragia/choque hipovolémico, infecções/choque séptico (incluindo o tétano), retenção urinária, infecção por diferentes agentes (VIH, VHB, VHC)e, em alguns casos, a morte^{8, 12, 13, 14}.

Estão descritas alterações uro-ginecológicas a longo prazo como úlcera genital, dismenorreia, obstrução vaginal, infecções urinárias e vaginais, quistos sebáceos ou de inclusão. As sequelas psicológicas são mais difíceis de identificar mas estão também documentadas¹⁵. Todos os tipos de MGF podem provocar alterações na vivência da sexualidade, sendo que o tipo II e o III estão associadas frequentemente com dispareunia.

Em relação às complicações obstétricas associadas à mulher com MGF, existe risco acrescido de complicações intra-parto. Quando existe obstrução significativa do canal de parto (mais frequente na MGF tipo III) a incidência de cesariana, hemorragia pós-parto, lacerações graves do períneo e recurso à episiotomia aumentam¹⁶. As fístulas obstétricas, são também, potenciais complicações de um trabalho de parto prolongado derivado de obstrução do canal de parto. No entanto, com uma abordagem adequada, as complicações da MGF associadas à gravidez e parto podem ser prevenidas. Se a MGF é do tipo III e é identificada pela primeira vez durante a gravidez, deve ser proposta a defibulação, a realizar no 2º trimestre da gravidez, por volta das 20 semanas de gestação¹⁷.

Para estabelecer uma relação de proximidade com estas mulheres é essencial estar familiarizado com a sua realidade. Por isso mesmo, a formação de profissionais e criação de orientações para a conduta e prevenção da

MGF podem ter um papel decisivo para a eliminação desta prática^{11,14}. É importante que os profissionais de saúde reconheçam as complicações a curto e longo prazo associadas a esta prática e suas implicações numa gravidez e parto.

Seria importante uma reavaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre MGF abordando um maior número de profissionais de saúde e abrangendo mais hospitais de saúde reprodutiva nacionais.

BIBLIOGRAFIA

1. "Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement", WHO/UNFFPA/UNICEF 1997.
2. Gonçalves, Yasmina, "Mutilação Genital Feminina", Associação para o Planeamento da Família, 2004.
3. Coord. Alice Frade, "Por nascer mulher... um outro lado dos direitos humanos", Associação para o Planeamento da Família, 2008.
4. Diário da República nº 63, Série I, Parte A: Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de Março de 1995, Artigo 144.º - Ofensa à integridade física grave.
5. Els Leye et al. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(2): 182-90.
6. Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Feminina no âmbito do III Plano Nacional para a Igualdade de Género (2007-2010), 2009.
7. II Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Feminina no âmbito do IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação (2011-2013), 2011.
8. Direção-Geral da Saúde, Orientação Nº5 de 6.2.2012 – Mutilação Genital Feminina.
9. Eliminação da Mutilação Genital Feminina, Declaração Conjunta - OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS - Edição Portuguesa, Associação para o Planeamento da Família, 2009.
10. Bento, A. Martins, L. Machado, R., Sousa, P. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – 2010.
11. Simpson J, Robinson K, Creighton SM, Hodes D. Female genital mutilation: the role of health professionals in prevention, assessment, and management. *BMJ*. 2012;344:e1361.
12. Brady M. Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission. *AIDS Patient Care STDS*. 1999 Dec;13(12):709-16.
13. Braddy CM, Files JA. Female genital mutilation: cultural awareness and clinical considerations. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Mar-Apr;52(2):158-63.
14. Campos, A. Mutilação genital feminina – A importância de reconhecer e de saber como agir. *Acta Obstet Ginecol Por* 2010; 4(3): 152-156.
15. Berendt A, Moritz S. Post-traumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1000-2.
16. Banks E, -Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcomes: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835-41.
17. Female Genital Mutilation – Pregnancy Management. Whittington Hospital Clinical Management Guideline. 2008.