



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

SARA CARNEIRO LIMA

**MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E OS IMPACTOS NOS PAPÉIS
OCUPACIONAIS: POSSÍVEIS INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Brasília - DF

2021

SARA CARNEIRO LIMA

**MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E OS IMPACTOS NOS PAPÉIS
OCUPACIONAIS: POSSÍVEIS INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito final para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional

Professor Orientador: Dr. Flávia Mazitelli de
Oliveira

Brasília – DF

2021

Ficha Catalográfica (Biblioteca)

SARA CARNEIRO LIMA

**MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E OS PAPÉIS OCUPACIONAIS: POSSÍVEIS
INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como requisito final para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Data da aprovação: 27/10/2021

Flávia Mazitelli de Oliveira - Orientador(a)
Mestre/Doutor em Psicologia Clínica e Cultura
Professor(a) da Faculdade de Ceilândia (FCE/UnB)

Dedico este trabalho ao sagrado feminino.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família por impulsionar meus sonhos e não medir esforços para me proporcionar sempre o suporte necessário, compreendendo minhas ausências.

Agradeço aos meus amigos por serem minhas redes de apoio, me acolhendo e sendo companheiros, compartilhando vivências durante a aventura que é a graduação.

Agradeço à minha orientadora Flávia Mazitelli por abraçar essa parceria, pelas conversas tranquilizadoras e reconfortantes.

Agradeço a Deus por me fortalecer durante essa jornada.

Agradeço a mim por ser leveza em meio ao caos e potência quando é preciso.

“Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre”

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

Introdução: A mutilação genital feminina (MGF) se constitui uma prática nociva à saúde da mulher que implica na remoção parcial ou total da genitália feminina, comumente realizado na infância e/ou adolescência gerando danos físicos, psicológicos e sociais. Reconhecida mundialmente como uma violação dos direitos humanos das mulheres, limitando o direito de acesso à saúde e se configurando uma problemática global relacionada a questões políticas, econômicas e sociais. **Objetivo:** O presente estudo buscou compreender os impactos que a mutilação genital feminina acarreta nos papéis ocupacionais e no cotidiano da população que é submetida a essa prática. Apontando para os aspectos culturais, políticos e sociais de manutenção da MGF. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, na qual foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin que compreende três etapas: a pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. A amostra final do estudo foi composta por oito artigos, posteriormente categorizados de acordo com a correlação dos temas MGF, contextos socioculturais, saúde da mulher, atividades cotidianas e Terapia Ocupacional. **Resultados:** Os estudos analisados identificaram que os danos advindos da prática gera impactos significativos no cotidiano de mulheres MGF interferindo na manutenção da qualidade de vida, bem como sendo justificada por aspectos socioculturais que legitimam a violência sobre o corpo feminino. **Conclusão:** Infere-se que a Terapia Ocupacional pode fornecer abordagens terapêuticas alternativas frente a esse coletivo visando a autonomia, prevenção e manutenção da qualidade de vida. Visto que as intervenções são pautadas na singularidade do sujeito considerando aspectos heterogêneos do cotidiano.

Palavras-chave: Mutilação genital feminina. Saúde da mulher. Atividades cotidianas. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: Female genital mutilation (FGM) is a harmful practice to women's health that involves the partial or total removal of female genitalia, commonly performed in childhood and/or adolescence, causing physical, psychological and social damage. Recognized worldwide as a violation of women's human rights, limiting the right to access to health care and configuring a global issue related to political, economic and social issues. **Objective:** This study sought to understand the impacts that female genital mutilation has on occupational roles and on population's daily lives that is submitted to this practice. Pointing to the cultural, political and social aspects of FGM maintenance. **Method:** This is an integrative review, in which the method of data analysis proposed by Bardin was used, which comprises three stages: pre-analysis, material exploration and interpretation of results. The final study sample consisted of eight articles, later categorized according to the correlation of FGM themes, sociocultural contexts, women's health, daily activities and Occupational Therapy. **Results:** The analyzed studies identified that the harm arising from the practice generates significant impacts on the daily lives of FGM women, interfering with the maintenance of quality of life, as well as being justified by sociocultural aspects that legitimize violence on the female body. **Conclusion:** It is inferred that Occupational Therapy can provide alternative therapeutic approaches to this collective, aiming at autonomy, prevention and maintenance of quality of life, since the interventions are based on the uniqueness of the subject considering heterogeneous aspects of daily life.

Key-words: Female genital mutilation. Women 's Health. Daily Living Activities. Occupational Therapy.

Mutilação Genital Feminina e os Papéis Ocupacionais: possíveis intervenções da Terapia Ocupacional

Female Genital Mutilation and Occupational Roles: possible occupational therapy interventions

Sara Carneiro Lima¹
Flávia Mazitelli de Oliveira²

¹ Graduanda em Terapia Ocupacional pela Universidade de Brasília - UnB, Brasília - Distrito Federal, Brasil. E-mail: saralima191525@gmail.com. ORCID: 0000-0002-1998-7314

² Professora adjunta da graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Brasília - UnB. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília - UnB, Brasília - Distrito Federal, Brasil, E-mail: flaviamazitelli@gmail.com .ORCID: 0000-0001-5060-592X

Autora para Contato: Sara Carneiro Lima. Universidade de Brasília, UnB - Campus Ceilândia. Centro Metropolitano - Conjunto A - Lote 01. Ceilândia Sul (Ceilândia). CEP 72220900 - Brasília, DF - Brasil. E-mail: saralima191525@gmail.com. Contato +55 (61) 99529-0714.

O presente trabalho não teve fonte de financiamento

Artigo Original

1. INTRODUÇÃO

A mutilação genital feminina (MGF) implica na remoção parcial ou total da genitália feminina externa, ou lesões por razões religiosas, culturais, sociais, psicosssexuais e não médicas (OMS, 2009). A prática ritualística pressupõe um reflexo de bases sociais enraizadas na desigualdade de gênero, que persiste devido a costumes culturais que fortalecem a estrutura do patriarcado¹. Embora defendida pelo relativismo cultural (Shweder, 2000, p. 94), constitui-se como uma forma de violência baseada no gênero, reconhecida mundialmente como sendo uma grave violação dos direitos humanos das mulheres (ONU, 2019).

A violência pode ser compreendida como o uso intencional da força física ou poder contra si próprio, outra pessoa, contra um grupo ou comunidade constituindo-se como um fenômeno complexo que gera impacto no âmbito social, físico e psicológico do indivíduo, se caracterizando como uma problemática global (OMS, 2002). Minayo (2006), afirma que a violência se trata de um fenômeno sócio-histórico que provoca agravos à saúde, consequentemente interferindo na qualidade de vida do sujeito. O que exige uma readequação do sistema de saúde com base interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial articulada em rede visando atender as necessidades dos coletivos.

Conforme a OMS (2002, p. 12) "A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, sociais, culturais, ambientais e de relações. Compreender como esses fatores se relacionam com a violência é um passo importante para prevenção e abordagem da problemática como saúde pública". Desse modo, não há um único fator que explique o comportamento violento ou a prevalência do mesmo. Segundo Escorsim (2014, p. 236) a violência exhibe várias facetas, não sendo uniforme nem homogênea assumindo formas e conteúdo diversos em diferentes sociedades e contextos históricos.

Dentre as formas de violência, a contra mulher vem se tornando uma temática emergente desde 1960 através dos movimentos sociais feministas, que tem por objetivo lutar em defesa das mulheres, garantindo-lhes o direito de autonomia sobre si. Teixeira (2016) discorre sobre a violência como uma das práticas antigas utilizadas pelo patriarcado para exercer poder sobre as mulheres. Para Biroli (2018, p. 11) o patriarcado é definido como um complexo heterogêneo e estruturado de padrões que implica em desvantagens para mulheres, bem como sendo atividade de forma concreta nas instituições e relações cotidianas.

¹Patriarcado é definido como relações de gênero desiguais e hierárquicas, caracterizadas por uma estrutura de poder baseada na ideologia e violência que permite a dominação e exploração das mulheres pelos homens. Presente nos espaços sociais e com base material e corporifica. (SAFFIOTI, 2011, p.53)

Segundo Escorsim (2014) a MGF é caracterizada como uma forma de violência, o qual o torna um fenômeno global e histórico, na qual se configura numa questão transversal o que exemplifica a correlação entre a MGF e desigualdade de gênero. Sendo o gênero uma forma de classificação da sociedade e do patriarcado. Leye (2008) destaca que dentre as razões relacionadas ao gênero estão: ritual de passagem, controle social, assegurar virgindade, redução do desejo sexual feminino, prevenir relações extraconjugais, crença de impureza e impedir que o crescimento da genitália feminina prejudique o prazer masculino.

Contudo, segundo Morgan e Steinem (1997, p. 370):

Sejam quais forem as justificativas para esses esforços de fazer com que os corpos das mulheres entrem em conformidade com as expectativas sociais, podemos explorar suas razões reais somente dentro do contexto do patriarcado. Ele deve controlar o corpo feminino como meio de reprodução e, logo, repressar a independência da sexualidade feminina. Ambos os motivos são reforçados pelas recompensas e punições socioeconômicas.

Diante disso a OMS juntamente com outras organizações internacionais (OHCHR², ONUSIDA³, PNUD,⁴ UNECA⁵, UNESCO,⁶ UNFPA,⁷ ACNUR⁸, UNICEF⁹, UNIFEM¹⁰), publicou em 2008 a Declaração Conjunta: “Eliminação da Mutilação Genital Feminina”, a qual reconhece a MGF como uma prática nociva à saúde da mulher no âmbito biopsicossocial, fundamentada na desigualdade de gênero, que as priva de exercer a autonomia sobre seus corpos. Atualmente a prática está registrada em 31 países predominantemente no continente Africano, embora menos frequente em outros continentes devido aos movimentos migratórios.

A MGF é classificada em quatro categorias que são: remoção total ou parcial do clitóris e/ou prepúcio, a remoção parcial ou total do clitóris e pequenos lábios com, ou sem excisão, o tipo mais severo que é o estreitamento do orifício vaginal através do corte criando uma membrana selante e fechando o canal vaginal e a última categoria inclui qualquer procedimento que seja danoso ao clitóris ou lábios sem finalidade terapêutica como: estiramento, incisão, cauterização, punção entre outros.

² Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos

³ Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

⁴ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

⁵ Comissão Econômica das Nações Unidas para a África

⁶ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

⁷ Fundo das Nações Unidas para a População

⁸ Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância

¹⁰ Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

A prática é um costume milenar na história da humanidade relacionada a questões políticas, econômicas e sociais. De acordo com a OMS (2009) acarreta danos, tanto a curto prazo, como: dor intensa, hemorragia, infecções, febre entre outros que podem levar a mulher à morte, quanto a longo prazo, gerando transtornos mentais, danos obstétricos, sexuais e físicos. Se configurando, portanto, como um problema de saúde pública,consequentemente, impedindo as mulheres o livre exercício de seus direitos fundamentais enquanto cidadãs, gerando consequências na vivência de seus papéis ocupacionais.

Segundo Titus et al. (2018),

Essas consequências afetam diretamente a saúde e o desempenho ocupacional da pessoa, visto que estão relacionados com a sua motivação, hábitos, rotinas e até papéis que se alteram e que acabam por afetar as áreas ocupacionais de participação social, trabalho e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que são o nosso foco de ação. (Titus et al, 2018, p.688, tradução dos autores).

O Conselho Federal de Terapia Ocupacional define a Terapia Ocupacional como uma profissão ligada à prevenção e tratamento de indivíduos que possuem alterações afetivas, psicomotoras, perceptivas, cognitivas advindas de traumas, doenças ou condições genéticas. Tendo como base a atividade humana atuando nos diversos níveis de atenção à saúde, sendo a fazer humano o objeto de estudo da Terapia Ocupacional. Dessa forma, a Terapia Ocupacional fornece um olhar ampliado sobre a temática e sua influência no desempenho ocupacional da mulher, podendo participar ativamente no cuidado em saúde com a população em questão.

Titus et al. (2018) destacam a importância da intervenção da Terapia Ocupacional também no âmbito social, cuja intervenção é direcionada tanto para o indivíduo que sofre este dano quanto para a comunidade na qual está inserida. Conceituando a temática como sendo gerada a partir de um aspecto cultural e social, tornando o processo terapêutico amplo e contextualizado. No âmbito da comunidade o terapeuta ocupacional, por possuir bases teóricas que orientam sua prática, pode atuar sensibilizando a sociedade sobre os danos que esse procedimento gera, questionando os valores culturais que fortalecem a realização do ritual na contemporaneidade e refletindo sobre as ações que podem ser adotadas.

Este presente trabalho propõe realizar uma análise sobre os impactos da MGF nos papéis ocupacionais e cotidiano do sujeito, de forma a contribuir para a produção científica devido aos poucos estudos envolvendo a atuação da Terapia Ocupacional com essa temática.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Compreender os impactos que a mutilação genital feminina acarreta nos papéis ocupacionais e no desempenho ocupacional do sujeito .

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever quem são as mulheres vítimas da MGF, identificando as circunstâncias sociais, políticas e culturais que determinam essa prática.
- Compreender como a MGF interfere na qualidade de vida da população em específico.
- Identificar possíveis contribuições da Terapia Ocupacional para a população vítima da MGF, no contexto individual e no âmbito da comunidade.

3. METODOLOGIA

Para efetivação do estudo e alcance dos objetivos propostos, optou-se por uma revisão integrativa de literatura, por ser uma abordagem metodológica ampla, que permite a construção do conhecimento científico através do conhecimento pré-existente de pesquisas anteriores sobre determinado tema. Segundo Torraco (2005, p.356), “a revisão integrativa é uma forma de pesquisa que revisa, crítica e sintetiza a literatura representativa sobre um tema de forma integrada de modo que, novas abordagens e perspectivas sobre o tema sejam gerados”.

Esse método de investigação permite identificar lacunas de pesquisa, possibilitando nortear o desenvolvimento de estudos posteriores e o aprofundamento a respeito da temática (Mendes et al., 2008). O processo de elaboração desta revisão integrativa, seguiu as etapas propostas por Whitemore e Knafl (2005), quais sejam: identificação do tema juntamente com a pergunta norteadora, levantamento bibliográfico através da pesquisa literária, coleta e organização dos estudos obtidos, avaliação crítica de dados, análise dos estudos selecionados e compreensão dos resultados.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos utilizados foram: textos incluídos na íntegra, artigos nacionais e internacionais publicados em inglês, espanhol e português com delimitação temporal de 5 anos, nos quais relacionassem o tema mutilação genital feminina com danos gerados à saúde da mulher, atividades cotidianas, violência de gênero e cultura. Os critérios de exclusão adotados foram: artigos que correlacionasse a mutilação genital feminina exclusivamente com a violência obstétrica, parto prematuro e desempenho da função sexual ou que não se encaixassem nos critérios de inclusão.

De acordo com os critérios estabelecidos foi realizado um levantamento bibliográfico nos seguintes bancos de dados: Biblioteca virtual em Saúde (BVS), SciELO, PUBMED, Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO) e Revista eletrônica de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). A qual, foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DeCS) “mutilação genital feminina”, “atividades cotidianas”, “saúde da mulher”, “papéis de gênero” em combinação com os operadores booleanos AND e AND NOT.

Foram encontrados ao todo 93 artigos, bem como sendo 56 artigos pela BVS, 5 artigos pela SciELO, 29 artigos pela PUBMED, 2 artigos pela REVISBRATO e 1 artigo pela TOG. O estudo que foi desenvolvido utilizou o método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin, que consiste em três etapas distintas. A primeira fase é a pré-análise que consiste na organização do

material, na qual segundo Bardin (2011) compreende como a leitura “flutuante” no qual, os títulos e resumos foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão.

Na segunda etapa ocorreu a exploração do material, na qual foram pré selecionados através da leitura preliminar dos títulos e resumos de acordo com a correlação dos temas: MGF, saúde da mulher, cotidiano e violência de gênero, resultando em 20 artigos. Em seguida os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra, resultando em 8 artigos selecionados. Posteriormente na terceira etapa ocorreu a interpretação e inferência dos resultados que foram obtidos de acordo com os objetivos propostos no desenho do estudo.

Quadro 1 - Amostra final do estudo

Fonte: Elaborada pelo Autor

Autor	Ano	Título	Resultados	Base de Dados
Olayinka O. Omigbodun	2020	Perceptions of the psychological experiences surrounding female genital mutilation/cutting (FGM/C) among the Izzi in Southeast Nigeria.	Através da análise das experiências psicológicas de mulheres MGF. O estudo demonstrou que a prática gera impactos significativos no cotidiano.	BVS
Jacobson D, Glazer E, Mason R, Duplessis D, Blom K, Du Mont J, et al	2018	The lived experience of female genital cutting (FGC) in Somali-Canadian women's daily lives.	O estudo demonstrou que as mulheres MGF se engajam nas AVD's, no entanto relatam a presença de dores diárias associada a MGF.	BVS
Paixão M, et al.	2021	Para Lá do Fenômeno Cultural: A Mutilação Genital Feminina como um Problema de Saúde Pública em Portugal	O estudo traz uma reflexão a respeito da desmistificação da prática como sendo exclusiva de países do continente africano, apresentando dados epidemiológicos da prática.	PUBMED
Margarida A, et al.	2018	Mutilação genital feminina: uma prática, um problema atual	Compreende-se a importância da abordagem MGF sobre uma perspectiva sociocultural, destacando a prestação de serviço à saúde como sendo um cuidado holístico, multidisciplinar pautados na integralidade.	SciELO
CEREJO, Dalila; TEIXEIRA, Ana Lúcia; LISBOA	2017	Contextos socioculturais, discursos e percepções sobre a mutilação genital feminina	Observou-se que os contextos socioculturais, associados à prática, fazem com que ocorra a perpetuação do mesmo. Além de salientar os mitos e	SciELO

			percepções das mulheres MGF.	
MEDEIROS, Nuno; DENIS, Teresa		Multiculturalidade, interculturalidade, direitos humanos e violência de género: breves notas para pensar o caso da mutilação genital feminina em Portugal e a sua abordagem	O estudo demonstrou um conjunto breve de apontamentos que contribui para se pensar a MGF na sua indissolúvel condição de violência sobre a mulher.	SciELO
Titos LV; Morrison R; Ruiz MTG	2018	Terapia Ocupacional ante la mutilación genital Femenina	Observa-se poucos estudos sobre a temática e o faz uma reflexão sobre as intervenções da Terapia Ocupacional considerando fatores culturais, históricos e sociais	REVISBRATO
Gil Ruiz, MT., Jorge Gómez Díaz, J., Gil Ruiz, M	2018	¿Debe abordar la Terapia ocupacional la mutilación genital femenina ?	A Terapia Ocupacional tem um papel importante dentro da equipe multidisciplinar contribuindo para prevenção, detecção e monitoramento dos casos de MGF atuando na minimização dos danos advindos da prática.	REVISBRATO
Gil Ruiz MT, Polonio López B, Corregidor Sánchez AI, Gil Ruiz MI	2016	Buscando una mejor práctica clínica en mutilación genital femenina desde las aulas universitarias de terapia ocupacional.	Evidencia a necessidade do aprimoramento do currículo académico da Terapia Ocupacional visando a melhora na prática clínica para atender as demandas específicas desse coletivo.	TOG (A Coruña)

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final do estudo foi constituída por oito artigos, cujos estudos foram categorizados e selecionados de acordo com a correlação dos temas. As categorias criadas são: MGF e Atividades Cotidianas, MGF e Saúde da Mulher, Contextos socioculturais da MGF e Contribuições da Terapia Ocupacional. Os dados encontrados serão apresentados e as categorias discutidas a seguir.

4.1 Contextos Socioculturais da MGF

Esta categoria inclui os artigos que correlacionaram a MGF aos contextos socioculturais. No estudo realizado por Medeiros e Denis (2019) foi abordada a multiculturalidade nas sociedades que acolhem populações imigrantes, que se constituem como lugares de encontro cultural. Descrevem a interculturalidade como uma ferramenta que promove a integração entre as diferentes culturas, porém salienta que essa diversidade cultural só deve ser promovida e aceita desde que não viole os direitos humanos do sujeito gerando desigualdades.

Oberreiter (2008) revela que a MGF iniciou-se no Egito e no Sudão se estendendo por outros lugares devido às relações comerciais e aos casamentos arranjados entre as tribos árabes. A origem da MGF não é elucidada de forma consensual entres os autores, dito isso, para Branco (2006) o aparecimento dos primeiros indícios da MGF se deu por análises forenses das múmias, nas quais era possível observar os indícios da prática. No antigo Egito havia a crença de que o clitóris era a representação da parte masculina e o prepúcio da parte feminina, com isso, acreditavam que a remoção de ambos era necessária para assumir o papel social.

Em geral, a MGF é uma prática ritualística realizada por um membro mais velho da comunidade do gênero feminino, denominado de Fanateca ou excisadora e utiliza-se de instrumentos como: faca, lâmina, vidro ou qualquer outro objeto cortante (Martingo, 2009, p. 113). As fanatecas são reconhecidas como uma espécie de detentoras do poder, sendo consideradas em determinadas comunidades como guardiãs da prática, entendida como fundamental para a identidade de meninas e mulheres que serão circuncidadas. Um aspecto a ser considerado, é que apesar de ser realizado por mulheres, os homens têm um papel relevante.

Segundo Lisboa et al. (2015)

Os homens têm um papel fundamental na perpetuação da mutilação genital feminina uma vez que muitas das causas para sua prática remetem para as crenças na fidelidade, na mutilação, uma ação intencional, com base nos valores da honra da mulher e da sua família e no aumento do prazer sexual masculino. (Lisboa et al., 2015, p.29)

O autor destaca ainda que um dos pressupostos da prática é o casamento e constituição familiar, onde a MGF é uma forma de controle e poder masculino sobre a sexualidade das mulheres e meninas, sendo associada a crença de pureza e usada como um pré-requisito para o casamento com objetivo de manter a fidelidade e evitar a promiscuidade. Mackie (2000) exemplifica que para essas comunidades esta é uma condição para que o casamento seja condizente com as tradições e valores socioculturais. Desse modo, a família é responsabilizada pelos cuidados da moça até o casamento.

Lisboa et al. (2015, p. 26) apontam que a MGF é vista como uma prática que visa reduzir os desejos sexuais das mulheres, as manter fiéis aos maridos e virgens antes do casamento; seriam estas as bases para um “bom casamento”. Algumas justificativas para a prevalência da prática são: ritual de passagem para vida adulta, controle social, aumento da fertilidade, crença de que órgãos genitais femininos são impuros e sujos, impedir que as genitálias se desenvolvam e prejudiquem o prazer masculino durante a relação sexual, entre outras.

Embora não haja evidências em livros religiosos que associem a MGF à religião, as participantes do estudo analisado (CEREJO et al., 2017) relataram que tendo em vista as percepções pessoais, a tradição religiosa tem relevância para realização do mesmo. Branco (2006, p. 67) destaca que a religião pode ser um instrumento de manutenção da prática ou uma ferramenta de mudança para a extinção do mesmo, sendo fundamental saber utilizá-la. E em relação a MGF, o autor exemplifica como sendo a religião um instrumento de manutenção contribuindo para perpetuação do mesmo, sendo necessário que líderes religiosos se pronunciem a respeito.

A partir dos contextos descritos fica evidente que MGF é uma prática nociva que busca representar através de marcas corporais a subalternização da mulher, a impedindo de exercer autonomia sobre seus corpos. Com objetivo de reprimir a identidade feminina através da mutilação do corpo feminino, o que demonstra a necessidade de debates e ações no âmbito político acerca da universalidade dos direitos humanos, principalmente no que tange com os aspectos culturais e o acesso ao direito à saúde. Se configurando como uma questão de saúde pública que perpassa os contextos históricos e culturais.

4.2 Mutilação Genital Feminina e Saúde da Mulher

Dentre os estudos selecionados nesta categoria, os autores Margarida et al. (2018) e Paixão et al. (2021) destacam as temáticas dentro de um contexto de saúde global trazendo dados epidemiológicos. Ambos ressaltam que o procedimento não está interligado a questões religiosas, apesar de já terem sido documentadas em comunidades religiosas. Também fazem uma reflexão a respeito da conscientização da existência da MGF, como não sendo exclusiva de países do continente africano, devido ao fluxo dos movimentos migratórios em todo o mundo.

A ONU (2009) e a UNICEF (2008) estimam que atualmente 200 milhões de mulheres e meninas já tenham sido submetidas ao procedimento e que cerca de 3 milhões estejam em risco anualmente. A resolução geral nº 67/146 das Nações Unidas descreve a MGF como um abuso irreparável e irreversível que gera impactos negativos nos direitos humanos das mulheres. Além do mais, os autores fazem uma breve explanação a respeito dos custos econômicos para os países, onde de acordo com os dados obtidos pela ONU (2020), a prática acarreta em um custo de US \$1,4 bilhão por ano, chegando a alcançar de 10% a 30% de todo o gasto anual em saúde.

Contudo, o autor descreve que o Serviço Nacional de Saúde Inglês gasta anualmente, em média, US \$44 a US \$215 milhões em complicações geradas pela MGF. Ressalta que os impactos econômicos são um tema pouco abordado, necessitando de estudos que se aprofundem na temática. A Organização das Nações Unidas (2020) estima que se não houver nenhuma ação voltada para extinção, mudança das políticas ou conscientização das comunidades onde a prática persiste, no ano de 2050 os custos para o sistema de saúde aumentem em 50%.

Com isso, a OMS (2016) lançou um guia de recomendações com foco na prevenção e tratamento intitulado: WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Este guia salienta a importância da conscientização entre os profissionais de saúde sobre não perpetuar a prática através da chamada “medicalização”, que se refere a quando o procedimento é realizado pelos mesmos com a justificativa de ser menos danoso e doloroso. Ademais, descreve opções terapêuticas de tratamento para essa população, visando uma prática holística centrada na sua demanda específica.

As recomendações da OMS (2016) no tratamento a vítimas da MGF são classificadas da seguinte forma: primeiramente um tratamento de suporte imediato em caso de hemorragia e infecção logo após a realização do procedimento. A segunda recomendação é a desinfibulação, que é um procedimento cirúrgico para abrir o canal vaginal, utilizada em mulheres submetidas à MGF do tipo III e II. Também são recomendados tratamento cirúrgico a longo prazo para complicações que possam vir a surgir e fornecimento de suporte psicológico.

Tomazoni e Ribeiro (2017, p.143) apontam que “a prática da MGF na América Latina é ainda pouco conhecida, o que conseqüentemente gera escassez de dados estatísticos e de literatura científica”. No entanto, em 2007 a Colômbia entrou para lista de países onde o procedimento foi registrado e na Amazônia Peruana há relatos da MGF em alguns grupos étnicos. Além disso, os autores ressaltam a estreita ligação da MGF com a negação do direito à saúde que faz parte dos direitos humanos, definidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH (1948), como um conjunto de normas que visa proteger os indivíduos e grupos sociais de ações que atentem à dignidade humana.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais desde meados do século XX, inicialmente voltada para demandas relacionadas a gravidez e parto, porém, com as transformações ocorridas no decorrer do tempo, passou a abarcar outras demandas. Também através do decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, foi publicada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, sendo o primeiro tratado internacional dos Direitos Humanos das mulheres. O artigo 1º define discriminação contra a mulher, como:

Artigo 1º- ...toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Dentre os Direitos Humanos, princípios universais e inalienáveis a todos seres humanos, encontra-se o direito à saúde, reconhecido pela Constituição de 1946 da Organização Mundial da Saúde, a qual exige que os países disponham de recursos acessíveis e esforços para aumentar o acesso dos cidadãos aos elementos que constituem uma vida saudável. Demir et al. (2020) afirmam que a Mutilação Genital Feminina é um exemplo de que a prevalência das normas culturais sob à desigualdade de gênero, pode colocar o acesso a saúde em segundo plano.

4.3 Mutilação Genital Feminina e Atividade Cotidianas

Nesta categoria foram selecionados para análise dois artigos que abordam os impactos e percepções de mulheres em relação às atividades de vida diária (AVDs). Omigbodun et al. (2019) no intitulado por: Percepções das experiências psicológicas em torno da mutilação / corte genital feminino (C / MGF) entre os Izzis no sudeste da Nigéria no ano de 2019, realizou um estudo qualitativo com mulheres de comunidades rurais e urbanas da Nigéria que demonstra através dos dados obtidos os impactos advindos da MGF nas AVDs ao longo da vida.

Através dos dados obtidos no estudo e relatos das participantes foi constatado que 32% relataram necessitar interromper as atividades laborais devido a dores , principalmente após a realização do procedimento. Além disso, mencionaram dificuldade para dormir (22%), comer (14%), restrição de movimentos (18%), isolamento social (18%), dores diárias (4%), fraqueza (9%) e dor ao urinar (10%). Segundo Omigbodun et al (2019) dentre as percepções psicológicas positivas das participantes do estudo, estavam a ausência de vergonha, honra, respeito, sentimento de pertencimento e status social. Tornando-se evidente a associação das percepções com o significado social relacionado à MGF

Segundo Titus et al. (2018) os problemas relacionados à MGF e à saúde mental como: medo dos estigmas, depressão, limitação da participação social, sentimentos de culpa, rejeição e vergonha são consequências da prática que afeta diretamente o desempenho das atividades cotidianas gerando danos a saúde em todos os aspectos do sujeito. Dessa forma, fica explícito um discurso interligado a questões de gênero e enraizado culturalmente. Para Titus et al. (2018, p. 686) “a mulher é, involuntariamente, protagonista de muitos dos conflitos culturais, vítima de tradições arraigadas, de duvidosa constitucionalidade que a denigrem fisicamente, psicologicamente e sexualmente”.

O fato de que as mulheres do estudo mesmo tendo suas AVDs impactadas pela MGF, apresentarem pensamentos positivos sobre a mesma, pode ser explicado por Mackie e LeJeune (2009) quando elucidam que a MGF é vista como uma norma social pelas mulheres, nos locais onde persiste o ritual. Seguindo a crença do comportamento esperado pela sociedade, tornando-se uma prática de identidade cultural e aceitação social. No entanto, se trata de uma ação patriarcal estimulada pelos homens e fortalecida pela desigualdade de gênero como forma de opressão das mulheres. Magalhães (2014, p.177) expõe que “a cultura de mutilar o corpo feminino tenta se legitimar através de fatores culturais, pertencentes a um arcabouço valorativo da cultura tribal”.

No estudo realizado por Jacobson et al. (2018), intitulado por: “A experiência vivida da mutilação genital feminina (FGC) no cotidiano das mulheres somalis-canadenses”, as participantes relataram as percepções individuais a respeito da MGF sob o aspecto da pressão social. Esta pressão ocorria já que as mulheres não submetidas ao ritual eram consideradas anormais e sem gênero adequado, além de outras implicações sociais e culturais que as acometiam. Já para mulheres MGF migrantes para países onde não havia a prática, os valores culturais, religiosos e sociais passavam a ser automaticamente questionados, dadas as novas normas sociais.

De acordo com Bourdieu (2007), mutilar torna-se uma forma de violência que visa a repressão da identidade feminina utilizando como ferramenta os paradigmas culturais. Esclarece ainda que a MGF é uma violência oriunda da imposição sociocultural, onde fica explícita a violência simbólica, conceituada como “a indução do indivíduo a se posicionar no espaço social, seguindo normas e padrões do discurso dominante que tem por objetivo para o sujeito a aceitação social do grupo” (Bourdieu, 2007, p. 170). Neste processo, são estabelecidos “acordos” inconscientes de submissão com foco na dominação e imposição social considerados pelos indivíduos como normal.

O Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (2008) destaca que a MGF é multidimensional afetando as mulheres em diversos aspectos, limitando a capacidade de desenvolverem seu potencial máximo e ferindo sua autonomia. Apontando a prática como profundamente enraizada nas estruturas sociais econômicas, políticas e culturais dos países onde persiste o ritual. Dessa forma, por se tratar de uma pauta ligada culturalmente à sexualidade feminina, tornam-se necessárias ações de educação em saúde através, principalmente, dos profissionais de saúde que prestam serviço a essa população específica e que atuam dentro das comunidades.

Dentre as falas das participantes em relação ao cotidiano, o estudo (Jacobson et al., 2018) demonstrou que as mesmas se mostram engajadas na realização das atividades de vida diária. Porém, afirmaram possuir uma vida marcada por dores, atribuindo a causa às atividades laborais e domésticas. Apesar dos relatos de dor, consideram-se saudáveis, devido a correlacionarem dor à enfermidades e doenças, e não à prática da MGF. Segundo Andro et al. (2014) em seu estudo a respeito da percepção de mulheres MGF sobre as consequências da prática para a saúde em comparação às que não foram submetidas a MGF, identificaram distúrbios do sono e dor como sintomas que afetam de forma significativa a realização das atividades cotidianas.

Ademais, um aspecto em comum nos estudos, foi a dor como uma queixa frequente advinda das mulheres submetidas à MGF. No estudo de Jacobson et al. (2018), foi utilizada uma abordagem fenomenológica, com objetivo de compreender as percepções corporais e experiências no cotidiano das participantes, pode-se constatar que a maioria das mulheres relatou sentir dor ou algum tipo de desconforto ao longo da vida, bem como sendo a prática descrita por elas como um costume normal usando termos como "natural". Ao serem questionadas a respeito das atividades diárias atribuíram a dor em algum momento da vida ao fato de serem submetidas a MGF.

É importante ressaltar que a naturalização da violência, em específico contra a mulher, corresponde ao resultado das construções históricas: de cultura, misoginia, machismo, sexismo e o patriarcado que se configura como uma forma de subalternização das mulheres. Consequentemente, reforçando, naturalizando e perpetuando a violência. A decisão de não mutilação por parte delas traz certa inquietação e gera oposição no seio da comunidade na qual vivem e, por tal motivo, a manifestação em contrário gera possíveis acusações de oposição aos valores ancestrais, familiares, tribais e religiosos, e rejeição ao seu próprio povo e à sua identidade cultural (Bourdieu, 2007, p. 178).

Corbellini e Olegário (2007) também discorrem que mutilar o corpo feminino é uma forma de violação dos direitos humanos das mulheres, se configurando uma forma de violência direta sobre os corpos, muitas vezes imposta de uma forma totalitária. No entanto, é defendida pela corrente relativista cultural que apoia a soberania da cultura sobre os povos, considerando críticas externas aos costumes uma ofensa às tradições. Importante ressaltar a amplitude de determinados costumes milenares disseminados por séculos, tornando a desmistificação um processo gradativo, sendo importante, portanto, fortalecer os movimentos políticos e sociais que se opõem a esses aspectos da cultura, que são um exemplo de violência.

4.4 Contribuições da Terapia Ocupacional

Dentre os achados relacionados ao tema MGF e Terapia Ocupacional, os estudos analisados possuem pontos em comum passíveis de reflexões. Devido ao aumento no número de casos de MGF justificado pelos fluxos migratórios e os dados epidemiológicos obtidos pela ONU, realizou-se uma reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde e o papel do terapeuta ocupacional dentro da equipe multidisciplinar, a partir de uma perspectiva de gênero e sociocultural, com esse coletivo mais vulnerável visando, atender às demandas advindas dessas usuárias.

Os autores (Titus et al., 2017) (Ruiz et al., 2018) (Ruiz et al., 2016) destacam que o terapeuta ocupacional como membro constituinte da equipe multidisciplinar pode atuar nos três níveis de ação da abordagem em saúde. Nestes estudos, os níveis de ação são descritos como: na primeira ação deve-se realizar a análise do mapa de risco para que os profissionais possam obter dados sobre a extensão dos casos no território. Na segunda ação são pensadas estratégias de promoção à saúde e combate da prática visando a prevenção, detecção e o acompanhamento dos casos. E na terceira ação estaria elencada a formação dos profissionais de saúde, visando atender as singularidades das demandas desse coletivo.

No estudo de Titus et al., (2018) destaca-se que na intervenção do terapeuta ocupacional no nível individual, seriam abordadas questões como as habilidades sociais, estruturação e organização da rotina, uso do tempo, papéis ocupacionais e intervenções voltadas para os danos psicológicos consequentes da prática. A nível da comunidade, as intervenções teriam por objetivo a educação em saúde, espaços de escuta e fala e debates a respeito das práticas que lhe são significativas. Além disso, estudos ressaltaram a importância da Terapia Ocupacional para atentar-se aos danos psicológicos, por serem os principais causadores da limitação na participação social.

Outra reflexão trazida pelos autores (Ruiz et al., 2016) e (Titus et al., 2018) são as demandas de saúde que mulheres vítimas da MGF apresentam, devendo ser abarcadas pelo sistema de saúde. Salientam a participação social e outras áreas do desempenho ocupacional que são afetadas pela prática, sendo necessária a figura do Terapeuta Ocupacional dentro da equipe multidisciplinar. Destacam a importância da formação acadêmica do terapeuta, atribuindo às instituições de ensino a responsabilidade de formar profissionais que visem às necessidades do sujeito, o colocando como protagonista do próprio processo terapêutico.

De acordo com Ruiz et al., (2016):

Estudos científicos revelam que o conhecimento que os profissionais de saúde, incluindo o terapeuta ocupacional, têm sobre o assunto são insuficientes e as expectativas de mulheres mutiladas que frequentam os serviços de saúde, abrigos ou diferentes associações dos países adotados não são satisfatórias. (Ruiz et al., 2016, p.4, tradução dos autores)

A Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento que visa autonomia e independência do sujeito, utilizando como ferramenta de intervenção a atividade humana tendo como foco as ocupações, sendo a ocupação e atividade dois objetos de estudo da Terapia Ocupacional (PIERCE, 2003, p.13). Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO entende-se por Atividade Humana um processo lúdico, expressivo, criativo, evolutivo, produtivo e de manutenção, bem como sendo um profissional com formação nas áreas de saúde e social.

Ruiz et al. (2016) destacam que as intervenções da Terapia Ocupacional sejam individuais ou para um determinado coletivo são singulares e que aspectos como: crença, valores culturais, contexto social, histórico, demandas, necessidades entre outros influenciam diretamente no processo terapêutico. Galheigo (2003, p.106) descreve a vida cotidiana como heterogênea em conteúdo e significações, salientando que o cotidiano é constituído por características singulares. Com isso, a Terapia Ocupacional pode fornecer um olhar ampliado sobre a temática, podendo participar ativamente na prevenção e tratamento desta população.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto infere-se que a mutilação genital feminina é uma prática nociva à saúde da mulher afetando os aspectos físicos, psicológicos e sociais que influenciam de forma direta e indireta os papéis ocupacionais e o cotidiano, sendo de suma importância a atuação da Terapia Ocupacional frente a esse coletivo, visando a autonomia, prevenção e manutenção da qualidade de vida. Ademais, é considerado um problema de saúde pública que viola os direitos humanos, dentre eles o direito à saúde, justificada por aspectos socioculturais enraizados em questões de gênero e estruturas patriarcais que legitimam e naturalizam as mais variadas formas de violência sobre o corpo feminino.

Desse modo a Terapia Ocupacional pode fornecer abordagens terapêuticas alternativas para mulheres vítimas da MGF, visto que, as intervenções são pautadas na singularidade e consideram aspectos heterogêneos que constituem o cotidiano do sujeito. Este trabalho teve por finalidade propor uma análise sobre os impactos da MGF nos papéis ocupacionais sob uma perspectiva cultural, social e de gênero visando contribuir para produção científica, devido aos poucos estudos envolvendo a atuação da Terapia Ocupacional com essa temática.

REFERÊNCIAS

- Andro et al. (2014). *Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women*. *Social Science & Medicine* 106. 177 e184.
- Branco, S. (2006). *Cicatrizes de mulher*. Lisboa: Público, Comunicação Social.
- Brasil. (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Casa Civil, de <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>. Acesso em 18 de outubro de 2021.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, C. (2012). *Professional Identity Of Occupational Therapists: a discussion based on Erving Goffman's concept of Stigma*. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.2, p.364-371.
- Cerejo, D., Teixeira, A., Lisboa, M., (2017). *Contextos socioculturais, discursos e percepções sobre a mutilação genital feminina*. *Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher*, Lisboa , n. 37, p. 83-103, jun.
- Costa, R., Silveira, C., Holanda, C., Madeira, C., Araújo, M. (2012). *Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina*. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. Paraíba.
- Demir, M., Vissandjée, B., Jacobson, D. et al. (2020). *Where boys don't dance, but women still thrive: using a development approach as a means of reconciling the right to health with the legitimization of cultural practices*. *BMC Int Health Hum Rights* 20, 14.
- Evans C, Tweheyo R, McGarry J, et al. (2018). *Seeking culturally safe care: a qualitative systematic review of the healthcare experiences of women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting* *BMJ*. Open 2019;9:e02745

GALHEIGO, S. M. (2003). *O Cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 14, n. 3, p. 104-9.

Gil Ruiz, MT., Jorge Gómez Díaz, J., Gil Ruiz. (2018). *Mi Debe Abordar la Terapia Ocupacional la Mutilación Genital Femenina*. Rev. Astur. Ter. Ocu/Enero; 13, 13-18.

Gil Ruiz MT, Polonio López B, Corregidor Sánchez AI, Gil Ruiz MI. (2016) *Buscando una mejor práctica clínica en mutilación genital femenina desde las aulas universitarias de terapia ocupacional*. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. [-fecha de la consulta-]; 13(24): [9 p.]

Jacobson, D., Glazer, E., Mason, R., Duplessis, D., Blom, K., Du Mont, J., et al. (2018). *The lived experience of female genital cutting (FGC) in Somali-Canadian women's daily lives*. PLoS ONE 13(11): e0206886.

Nassif, J., Magalhães, S.,. (2014). *Violência Cultural e Mutilação Genital Femina*. ESTUDOS EM HOMENAGEM A LUIZ FABIANO CORRÊA. Max Limonad.

Lisboa, M.; Cerejo, D.; Teixeira, A. L.; Frade, A.; Moreira, C.; Brasil, E.; Oliveira Martins, R. & Moita, G. (2015). *Mutilação genital feminina em Portugal: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação*. Vila Nova de Famalicão: Húmus

Mackie, G. (2000). *Female genital cutting: the beginning of the end Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change*. In B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (Eds.), (pp. 253-282). Colorado, EUA: Lynne Rienner Publishers

Mackie, Gerry & LeJEUNE, John. (2009). *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: a new look at the theory*. Special Series on Social Norms and Harmful Practices. Innocenti Working Paper. Florence: UNICEF.

Margarida, A., et al. (2018). *Mutilação genital feminina: uma prática, um problema atual*. Rev Port Med Geral Fam; 34:420-4.

Martingo, C. (2009). *O corte dos genitais femininos em Portugal: O caso das guineenses*. (Dissertação de mestrado). Lisboa: ACIDI.

Medeiros, N., Denis, T. (2019). *Multiculturalidade, interculturalidade, direitos humanos e violência de género: breves notas para pensar o caso da mutilação genital feminina em Portugal e a sua abordagem*. Cadernos pagu (55),:e195517.

Oberreiter, J. A. (2008). *A cut for lifetime. The case of female genital mutilation among the community of Guinea Bissau in Lisbon*. (Dissertação de Mestrado em Direitos Humanos e Democratização). Faculdade de Direito da Universidade Nova Lisboa.

Olayinka O. Omigbodun. (2020). *Perceptions of the psychological experiences surrounding female genital mutilation/cutting (FGM/C) among the Izzi in Southeast Nigeria*. Transcultural Psychiatry. 57(1) 212–227.

Paixão M, et al. (2021). *A mutilação genital feminina como um problema de saúde pública em Portugal*. Acta Med Port Jun;34(6):410-412.

Saffioti, Heleith. (2015). *Gênero patriarcado violência*. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo.

Salles, M. M., Matsukura. (2016). T. S. *O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional: uma revisão sistemática da literatura*. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 801-810.

Teixeira, A. L. & Lisboa, M. (2016). *Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal*. Public Health, 139, 53-60.

Titus LV; Morrison R; Ruiz MTG. (2018). *Terapia ocupacional ante la mutilación genital feminina*. Rev. Interinst. Bras. Ter. Occup. Rio de Janeiro. v. 2 (3): 685-694.

ANEXOS

ANEXO A

Diretrizes da revista *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*

1. Formato

- Textos em português, inglês ou espanhol, digitados em arquivo do programa Microsoft Word 2007 ou posterior, papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação.

2. Folha de rosto

Abrange as seguintes informações: título, autores, contato do autor responsável e/ou de correspondência (endereço institucional) e fonte de financiamento.

- **Título:** Conciso e informativo. Em português e inglês. Quando o texto for apresentado em espanhol, o título deve ser apresentado nos três idiomas (espanhol, português e inglês).
- **Autores:** Nome completo e endereço eletrônico do(s) autor(es). Informar maior grau acadêmico, cargo e filiação institucional de cada autor (instituição, cidade, unidade da federação, país). O periódico aceita que sejam até cinco os autores do texto. Em casos devidamente justificados, um número maior de autores poderá ser aceito pelos Editores-Chefes.
- **ORCID:** Informar o número ORCID de todos os autores. Caso os(as) autores(as) não possuam ORCID, solicitamos que ele seja criado: <https://orcid.org/signin>.
- **Contato:** Indicar o autor responsável pela comunicação com a revista. Nome completo, endereço institucional (instituição, rua, CEP, cidade, unidade da federação, país), endereço eletrônico e telefone para contato.
- **Fonte de Financiamento:** Os autores deverão informar se o trabalho recebeu ou não financiamento.

3. Estrutura do Texto

- **Resumo e Abstract:** Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Preferencialmente, adotar explicitação da estrutura do trabalho, com colocação de subtítulos (Introdução, Objetivos, Método, Resultados e Conclusão). Devem preceder o texto e estar em português e inglês.
- **Palavras-chave:** De três a seis, em língua portuguesa e inglesa, apresentadas após o resumo e após o abstract, respectivamente. As palavras-chave devem vir separadas por vírgulas.
- **Tabelas:** Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato .doc). Tabelas devem estar também devidamente identificadas e em escala de cinza. As tabelas devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento ou na forma de anexos.
- **Figuras:** As figuras (diagramas, gráficos, quadros, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas e em preto e branco, e devem estar perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem ser encaminhadas como documento suplementar, em arquivos separados e com a respectiva legenda. Todo diagrama, gráfico, quadros, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura. Os textos podem apresentar no máximo cinco figuras.

4. Citações e Referências

- **Citações no texto:** O nome dos autores deve ser grafado com apenas as iniciais maiúsculas, seguido da data de publicação da referência. Ex: “Segundo Silva (2009), [...]” ou (Silva, 2009). Quando houver dois autores, os nomes devem estar separados por “&”. Ex: “Segundo Amarantes & Gomes (2003) [...]” ou (Silva & Santos, 2010). Quando existirem mais de dois autores em citações dentro ou fora dos parênteses, deve-se apresentar o nome do primeiro autor seguido da expressão “et al.”. Toda a bibliografia utilizada e citada no texto deverá, obrigatoriamente, estar na lista de referências, assim como toda a lista de referências deverá estar citada no texto.

- As citações diretas (transcrição textual de parte da obra do autor consultado) com menos de três linhas devem ser inseridas no corpo do texto entre aspas duplas; as citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas do texto com recuo de 4 cm da margem esquerda, com o tamanho da fonte um ponto menor que o da fonte utilizada no texto e sem aspas (nesses casos, é necessário especificar na citação a(s) página(s) da fonte consultada)
- **Referências:** Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da APA, detalhadas na 6ª edição do *Publication Manual of the American Psychological Association*.