

## REDUÇÃO DOS RISCOS E DANOS DO ABORTO PROVOCADO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DIREITO EM CENA

Elis Amanda Atanázio Silva

Universidade Federal da Paraíba – [elispsicologiaufpb@yahoo.com.br](mailto:elispsicologiaufpb@yahoo.com.br)

Iria Raquel Borges Wiese

Universidade Federal da Paraíba - [irbwiese@yahoo.com.br](mailto:irbwiese@yahoo.com.br)

Amanda Trajano Batista

Universidade Federal da Paraíba – [amandatrajano92@hotmail.com](mailto:amandatrajano92@hotmail.com)

Juliana Rodrigues de Albuquerque

Universidade Federal da Paraíba – [juh\\_ufpb@yahoo.com.br](mailto:juh_ufpb@yahoo.com.br)

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba – [analayde@gmail.com](mailto:analayde@gmail.com)

**RESUMO:** O aborto tem sido tratado atualmente como um grave problema de saúde pública, sendo premente o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à prática do aborto inseguro, visto que esta acarreta em graves riscos à saúde da mulher. Objetivou-se analisar as crenças dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito sobre suas propostas de enfrentamento ao aborto provocado, seus danos e riscos. Participaram deste estudo 15 profissionais da área de saúde (5 médicos ginecologistas/obstetras, 7 enfermeiros e 3 psicólogos) e 10 da área jurídica (6 promotores de justiça e 4 juízes de direito), os quais responderam a uma entrevista semi-estruturada. Em relação às suas propostas de enfrentamento ao aborto provocado emergiram as seguintes subcategorias: *campanhas de educação sexual* (38,1%), *programas de adoção* (28,6%), *assistência social e psicológica* (26,2%), bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização do aborto, *aborto seguro/redução de riscos e danos* (7,1%). Embora a maioria dos participantes tenha propostas para o enfrentamento do aborto provocado contrárias à sua legalização, estes reconhecem que sua ilegalidade traz riscos e danos à saúde da mulher, devendo ser, portanto, tratado como

uma questão de saúde pública. Relataram, ainda, a omissão do Estado quanto às políticas públicas para garantir os direitos sexuais e reprodutivos e de assistência à saúde da mulher, a qual se vê completamente desamparada diante de uma gravidez não planejada e indesejada, não tendo a quem recorrer.

Palavras-chave: Aborto Provocado, profissionais de Direito, profissionais de Saúde, redução de riscos, redução de danos.

## INTRODUÇÃO

O aborto é um problema de enorme complexidade, o qual está vinculado diretamente à ocorrência de gravidezes indesejadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), estas sempre existirão pelos seguintes motivos: a) milhões de mulheres e homens não têm acesso a métodos contraceptivos apropriados, pois não têm informação nem apoio para usá-los corretamente; b) nenhum método é 100% eficaz; c) algumas situações, como a separação, podem fazer com que uma gravidez desejada deixe de sê-la, dentre outros.

Nos países em que as legislações sobre o aborto são mais restritivas, a exemplo do Brasil, são onde acontece o maior número de abortos inseguros, acarretando, inclusive, em maior mortalidade materna (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1997; BENAGIANO; PERA, 2000), a qual é

definida como “aquela causada direta ou indiretamente por condições próprias ou durante a gravidez, parto e puerpério” (WHO, 2007). O aborto inseguro é definido como um procedimento utilizado para finalizar uma gravidez indesejada, realizado por pessoas que carecem de treinamento necessário ou que se leva a cabo em um ambiente onde se carece de um padrão médico mínimo, ou ambos (WHO, 1992).

Em 2003 morreram cerca de 66.500 mil mulheres em todo o mundo devido às complicações pós-aborto. Embora a consequência mais grave do aborto inseguro seja a morte materna, não se pode esquecer que a morbidade é milhares de vezes mais frequente. Calcula-se que entre 10% e 50% das mulheres que se submetem a um aborto inseguro têm complicações como aborto incompleto, lesão cervical, perfuração uterina, febre, infertilidade, enfermidade

inflamatória pélvica, dor pélvica crônica e transtornos psicoafetivos, levando, por fim, à morte (WHO, 2007).

Embora a discussão sobre o aborto gire em torno dos posicionamentos ser “contra” e a “favor”, este artigo se propõe a discuti-lo sob uma ótica que não encerra no ponto de vista jurídico ou deontológico. O aborto tem sido tratado atualmente como um grave problema de saúde pública, sendo premente o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à prática do aborto inseguro, visto que esta acarreta em graves riscos à saúde da mulher

(BRASIL, 2009). Dentre essas ações, podem-se destacar as políticas públicas de prevenção, o que envolve informação, orientação sexual e educação, as políticas públicas de redução de danos, com propostas que vão desde a legalização a uma assistência à saúde mais específica a essa mulher que enfrenta uma gravidez não planejada e/ou não desejada, e políticas públicas voltadas para a adoção ou como sugerem alguns programas adotados em diversos países, o “parto anônimo”.

Entende-se que se uma mulher está decidida à prática do aborto, ela irá

encontrar meios para efetivá-lo, geralmente submetendo-se a procedimentos inseguros. Diante dessa situação, como o Estado pode intervir para reduzir os riscos e danos causados pelo aborto? São vários os questionamentos que se seguem a esta questão, como se pode observar adiante. Se as mulheres recebessem orientação, assistência no decorrer do processo de decisório por levar ou não a termo a gestação, não poderia se prevenir a reincidência dessa prática? O que seria reduzir riscos e danos quando se trata da prática do aborto? Seria descriminalizá-la e, dessa forma, permitir que essas mulheres tenham uma assistência integral à sua saúde? Seria incentivar que essas mulheres tenham seus filhos e depois os coloquem à adoção? Ou apenas atendê-las quando chegam à urgência dos hospitais e maternidades, devido às complicações do pós-aborto praticado de forma insegura, através de procedimentos de curetagem, por exemplo, como já vem sendo feito pelo Brasil?

Frente ao exposto, o presente artigo tem objetivo analisar as crenças dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito sobre suas propostas de enfrentamento ao aborto

provocado, seus danos e riscos. Conforme comentado, é necessário sair dos extremos “contra” e a “favor” do aborto e enxergar que essa temática é de uma complexidade que não pode ser resumida por essas palavras, ao mesmo em que as crenças dos referidos profissionais podem lançar luzes sobre outros aspectos da assistência à saúde da mulher.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Participaram deste estudo 25 profissionais, dos quais 15 foram da área da saúde (5 médicos ginecologistas/obstetras, 7 enfermeiros e 3 psicólogos), e 10 da área jurídica (6 promotores de justiça e 4 juízes de direito). Recorreu-se a uma maternidade de referência ao atendimento de mulheres em situação de aborto, localizada no município de João Pessoa, a fim de contatar os referidos profissionais de saúde, e às faculdades de direito, às varas criminais e varas mistas, a fim de contatar os referidos profissionais de direito.

Para a delimitação do número de entrevistados, foi utilizado o critério de saturação, segundo o qual as entrevistas

são encerradas quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir, visto que entrevistar uma maior quantidade de outros participantes pouco acrescentaria de significativo (SÁ, 1998).

A maioria dos participantes é do sexo feminino (N=15), com idades variando entre 24 e 60 anos (M=39,77; DP=10,86), sendo 30 – 49 anos a faixa etária de maior frequência. Quanto ao tempo de atuação na área de profissão, a maioria respondeu o período de 0 – 10 anos. Os entrevistados são, em sua maior parte, solteiros ou casados, possuem algum filho e se declararam brancos. Em relação ao item religião e religiosidade, estes disseram ser, majoritariamente, católicos e religiosos, respectivamente.

### **Instrumentos**

Utilizou-se como um dos instrumentos de coleta de dados um questionário sócio-demográfico, a fim de identificar o perfil dos participantes. Em seguida, foi realizada uma entrevista do tipo semi-estruturada com os participantes da pesquisa, cuja questão norteadora

foi: Quais são as suas propostas para o enfrentamento do aborto

provocado, bem como seus danos e riscos?

### **Análise de dados**

Os dados do questionário foram analisados através de estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão). As entrevistas, por sua vez, foram analisadas com base em categorias determinadas a partir dos sentidos suscitados e processados em duas etapas. Na primeira delas, cada entrevista foi analisada individualmente, fazendo-se junção dos significados comuns dentro de cada discurso. Na segunda etapa, a junção se deu a partir dos significados comuns a todas as entrevistas, agrupadas e estudadas em categorias conforme a equivalência dos sentidos (FIGUEIREDO, 1993).

### **Procedimentos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Mediante aprovação, iniciou-se a fase de coleta de dados, na qual os participantes foram contatados e informados, previamente, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Após a aceitação dos participantes em colaborar com a pesquisa, assegurando-

lhes a confiabilidade dos dados e o anonimato, foram agendadas, individualmente, as suas participações. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Vale ressaltar que esta pesquisa não acarretou em nenhum risco ou prejuízo à amostra em questão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a análise das respostas dos participantes em relação às suas propostas de enfrentamento ao aborto provocado, emergiu a categoria *Educação e políticas públicas*. Nesta, foram observadas as seguintes subcategorias: *campanhas de educação sexual, programas de adoção, assistência social e psicológica*, bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização do aborto, *aborto seguro/redução de riscos e danos*.

A subcategoria intitulada *campanhas de educação sexual* obteve a maior frequência de respostas, 38,1%. Nela, os participantes de ambas as classes profissionais enfatizaram a importância de conscientização da população, sobretudo dos jovens e adolescentes, através de ações

educativas e preventivas por parte tanto da escola quanto da família. Além disso, foi ressaltada a omissão do Estado quanto à temática em questão.

*“(...) eu acho que o aborto ele tem que ser tratado como questão de saúde pública nas escolas (...) Então eu acho que é preciso que o governo abra bem essa questão para a realidade de que esta sendo feito aí milhares de aborto ao dia. E assim, eu não digo legalizar. (Juíza 1)*

*“Se a falta de informação leva à maternidade irresponsável e à paternidade também, porque aí tem dois lados, poderia ter política pública para isso aqui. Não é permitir o aborto, mas evitar que engravidasse, laqueaduras tanto pra homem quanto pra mulher (...) Uma das piores consequências é a gente esconder o problema, há esse problema, então ele deve ser enfrentado.” (Promotor 4)*

*“Fazer campanhas nos meios de comunicação em massa, palestras nas escolas, incentivar não a prática (...) deveriam fazer isso que é um grande problema e uma causa muito*

*importante de morte materna.” (Médica 3)*

Esses discursos remetem para os direitos sexuais e reprodutivos, cuja natureza abrange direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, à liberdade e à segurança, à informação e educação, dentre outros, além do direito à informação e confidencialidade das informações prestadas pelos profissionais, tendo como fonte as leis internacionais e nacionais, bem como outras normas regulamentadoras que formulam políticas públicas de saúde, educação, etc. (VENTURA, 2009). Entretanto, tais serviços têm apresentado falhas (PENAFORTE et al., 2010), fazendo com que a informação e o acesso aos métodos sejam insuficientes para a segurança de uma gravidez não planejada, bem como para mudança de atitude das mulheres frente à prevenção. Além disso, a escola, tida como uma das principais responsáveis pela educação sexual dos adolescentes, não tem assumido efetivamente essa tarefa (FAGANELLO MADUREIRA; WEBER, 2011).

Mesmo que os direitos sexuais e reprodutivos fossem garantidos amplamente às pessoas, homens e

mulheres, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) pondera que embora todos aqueles que usam métodos contraceptivos o fizessem corretamente o tempo todo, existiriam cerca de 6 milhões de gravidezes acidentais por ano. Nesse sentido, mesmo com altos índices de uso de métodos anticoncepcionais, as gravidezes indesejadas aconteceriam, e muitas mulheres, provavelmente, buscariam finalizá-las recorrendo ao aborto.

As políticas de educação sexual de forma geral, que visam garantir os direitos sexuais e reprodutivos através do planejamento familiar, dentre outros, são preventivas. Mas, diante os dados da OMS, o que poderia ser feito frente às falhas contraceptivas, seja pela própria ineficácia do método utilizado, pela atitude pessoal não preventiva ou pelo déficit nos programas de planejamento familiar? Nesse sentido, os participantes apresentaram três alternativas para as situações de gravidez consumada indesejada: *assistência social e psicológica, a adoção e o aborto seguro/redução de riscos e danos.*

No tocante à *assistência social e psicológica*, a qual abarcou 26,2% dos

discursos, os profissionais destacaram ser importante o auxílio tanto material quanto psicológico para que essas mulheres levem suas gestações adiante, através de programas que as acolham.

*“(...) então seria mesmo o Estado chegar nessa mulher, e ver, de repente, ela tá grávida, mas de repente ela sabendo que vai ser amparada, ela nem busca o aborto (...) eu acho que falta, assim, um acompanhamento social dessas mulheres hoje (...) a mulher ainda tá muito indecisa (...) e fica envergonhada e não quer buscar ajuda.” (Promotora 6)*

Alguns profissionais de saúde ressaltaram a importância de um apoio no sentido de dissuadir às mulheres a decidir pelo aborto. Para eles, esse seria o papel dos profissionais frente a uma gravidez indesejada. Caso não conseguissem convencer a gestante nesse sentido, que esta procurasse por si só a melhor forma de resolver esse impasse.

*“Os hospitais não podem abrir assim também a prática do aborto seguro. O nosso papel é incentivar para que ela tenha o filho, e não abortar. (...) Tem os*

*casos aqui que ela já provocou em casa e chega na situação do aborto mesmo, aí o nosso papel é acolher, é dar assistência (...) Aí se ela pratica clandestinamente, aí vai ser um problema dela.” (Psicóloga 1)*

Observam-se claramente como as crenças contrárias à descriminalização do aborto influenciam na atuação desses profissionais quanto a essa problemática. Entretanto, o referido posicionamento fere os princípios da beneficência e não maleficência, os quais, segundo Briozzo et al. (2009, p. 18), preveem que “quem deve decidir o que corresponde ao melhor para o/a paciente, é justamente o/a paciente (...) de acordo com o que ele ou ela, segundo suas preferências e valores, considere benefício”. Embora a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento não faça referência a uma assistência prévia à tomada de decisão pela interrupção da gravidez (BRASIL, 2005, p. 16), ela ressalta, comentando o princípio bioético da justiça, que “o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou

outros interfiram na relação com a mulher”.

Outra estratégia de enfrentamento ao aborto provocado, pensada pelos profissionais de ambas as classes profissionais, foi *programas de adoção*, abarcando 28,6% das respostas dos participantes. Todas são alternativas ao aborto, no sentido de coibir sua prática, a partir também da assistência, seja psicológica ou financeira, voltada para a permanência da gestação:

*“(...) Eu acho que o Estado deve fazer toda a parte do pré-atendimento, durante a gravidez todo o apoio, inclusive com assistência médica, assistência financeira à mulher, até parto e aí o Estado ficar com a criança e colocar em adoção.” (Promotor 4)*

*“Existem centros pra doações. Depois que nasce ela doasse (...) Isso não acontece. Que eu presenciei não. Mas acho que deveria ser dessa forma.” (Enfermeiro 6)*

Por fim, alguns profissionais de saúde se mostraram favoráveis à descriminalização do aborto, sendo seus discursos reunidos na subcategoria



*aborto seguro/redução de riscos e danos (7,1%).*

*“(...) É uma maneira de ela entrar em contato com essas profissionais, se ela tiver essa condição de se dirigir a um hospital e saber que vai ser acolhida. Porque se ela não for vítima, ela não tem nem coragem de chegar ao hospital e pedir pra fazer o aborto (...) eu acho que o acolhimento é a coisa mais importante.” (Médica 4)*

*“Essa mulher que tá em dúvida, que ela pudesse ter uma assistência maior, pra se buscar esses recursos na rede, buscar outras alternativas (...) e se realmente ela tomar essa decisão, que*

*pudesse ser de uma forma mais segura.” (Psicóloga 3)*

Tais propostas assemelham-se ao projeto Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco (ISCAPCR), descrito por Briozzo et al. (2009), cujo objetivo era passar de aborto clandestino a um cenário com proteção institucional, de uma situação humilhante a uma situação de respeito à mulher, prevenindo, além do abuso e exploração próprios de situações

ilícitas, as frequentes complicações decorrentes do aborto inseguro, incluindo a mortalidade materna.

Todavia, observou-se que os discursos dos participantes deste estudo, especificamente nos da área de saúde contrários à sua legalização, estavam imbuídos de práticas e julgamentos indicadores de uma violência institucional e/ou social.

*“Eu julgo mesmo. É uma assassina. Eu digo mesmo assim, brincando, né? porque eu não posso falar sério: ‘não revirou os zinhos e não se precaveu, né?’ A outra lá diz assim: ‘ajuda ela, a dor dela’. Eu digo desse jeito: ‘aqui é o hospital amigo da criança.’ Eu digo*

*mesmo, isso é uma irresponsável.” (Enfermeira 1)*

*“(...) do mesmo jeito que estou dizendo a você, que eles não usam o dispositivo legal, eu digo a você que a sociedade utiliza outros dispositivos. Talvez na família a fofoca, o desdém, nas instituições públicas de saúde alguns dispositivos eticamente incorretos” (Médico 2)*

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto (BRASIL, 2005, P.18), preconiza que “ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações”. Entretanto, tratar do aborto significa penetrar num campo polêmico que movimentava os sentimentos mais íntimos, crenças, valores e vivências, e embora se tenha normatizações para a atitude profissional frente a esse tema, sabe-se que esta prática não é fácil (BALBINOT, 2002), visto que muitos cursos de graduação não preparam os profissionais para lidar com os sentimentos, com a questão social, ou seja, com elementos que vão além da prática biomédica (BRASIL, 2005).

## CONCLUSÕES

Não obstante a maioria dos participantes tenham propostas para o enfrentamento do aborto provocado contrárias à sua legalização, estes reconhecem que sua ilegalidade traz riscos e danos à saúde da mulher,

devendo ser, portanto, tratado como uma questão de saúde pública. Ademais, relataram a omissão do Estado quanto às políticas públicas para garantir os direitos sexuais e reprodutivos e de assistência à saúde da mulher, a qual se vê completamente desamparada diante de uma gravidez não planejada e indesejada, não tendo a quem recorrer.

Desse modo, se faz necessário reduzir os riscos e danos que essa prática acarreta, os quais foram apontados pelos entrevistados. As sugestões para reduzir tais implicações foram a educação e a elaboração de políticas públicas, tais como as campanhas de educação sexual, os programas de adoção, a assistência social e psicológica, bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização, a possibilidade de um aborto seguro.

No entanto, foram observados, especialmente entre os profissionais de saúde, discursos que remetem à violência institucional. Isso ressalta que nem sempre os profissionais estão preparados para assistir as mulheres que abortam de forma insegura, o que nos faz indagar se a qualidade do serviço prestado não é prejudicada por suas crenças. A violência institucional é

marcada pelo abuso de poder do profissional e pela omissão de informações, dificultando a tomada de decisões conscientes por parte das mulheres (ROSAS, 2005).

Por fim, vale ressaltar que as legislações mais liberais, que se acompanham de políticas educativas em saúde e direitos sexuais e reprodutivos, tendem a diminuir o número de abortos provocados (BENGIANO; PERA, 2000). Dessa forma, observa-se que os abortos inseguros ocorrem em países onde as leis são restritivas ao procedimento (BRASIL, 2005).

## REFERÊNCIAS

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Issues in brief: the role of contraception in reduction abortion*. Nova York: AGI, 1997.

BALBINOT, Rachelle Amália Agostini. Discutir o aborto: um desafio ético. 160 f. *Dissertação* (Pós graduação em Direito) Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

BENGIANO, Giuseppe e PERA, Alessandra. Decreasing the need for

abortion: challenges and constraints. *Int J Gynaecol Obstet*, 70 (1), 2000, p. 35-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*. Ministério da Saúde: Brasília – DF, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília-DF.

BRIOZZO, Leonel, LABANDERA, Ana, GORGOROSO, Mônica e PONS, José Enrique. Iniciativas Sanitárias: Uma nova estratégia na abordagem do aborto de risco. In: BRIOZZO, Leonel e Bedone, Aloísio José *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, 2009, p. 11-54.

FAGANELLO MADUREIRA, Valéria Silvana e WEBER, Ana Isabel. Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 2011, p. 333-339. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20234/14217>. Acessado em: 27 de abril de 2016.

FIGUEIREDO, Marco Antonio Castro. Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial. *Medicina*. Ribeirão Preto, 26(3), abr/jun, 1993 p.393-407.

PENAFORTE, Marta Cristina Lourdes Faria et al. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ. *Cogitare Enfermagem*, vol. 15, mar, 2010, p 124-130. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17183/11318>.

Acessado em: 27 de abril de 2016.

ROSAS, Cristiano Fernando. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. Belo Horizonte: *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, v. 27, 2005, p. 18-20.

SÁ, Celso Pereira. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília-DF: Edição do Autor, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The prevention af management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Genebra: WHO/MSM/92.5., 1992. Disponível em:

[http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_MSM\\_92.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf)

Acessado em: 27 de abril de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe Abortion. Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Genebra: WHO, 2003. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>. Acessado em: 27 de abril de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2005*. 5ª ed. Genebra: WHO, 2007. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf). Acessado em: 27 de abril de 2016.