

Mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no SUS/SP: conhecer para dar visibilidade e ampliar o acesso

Mapping of health services that meet women in situations of both domestic and sexual violence in SUS / SP: learning to give visibility as well as expand access

Cláudia Medeiros de Castro¹, Tania Di Giacomo do Lago^{II} e Karina Barros Calife Batista^{III}

Resumo

Um mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no estado de São Paulo foi realizado no período de novembro de 2010 a maio de 2011, a fim de divulgá-los para a população. Trata-se de uma ferramenta digital para o autocadastramento das unidades de saúde e inserção de informações sobre a população atendida, as ações desenvolvidas e a composição da equipe. Duzentos e oitenta e oito serviços de saúde inseriram todas as informações; eles estão localizados em 16 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e 91 municípios. Apenas 12 oferecem o aborto previsto em lei. A distribuição regional dos serviços é muito desigual, e ações como prescrição da contracepção de emergência não são realizadas em todos eles, o que sinaliza a necessidade de melhor capacitação das equipes. O reduzido número de serviços que realizam o aborto previsto em lei indica a manutenção das barreiras que dificultam às mulheres a interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. O mapeamento mostrou ser uma importante ferramenta de gestão para monitoramento e formação da rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência no Estado.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher, Violência Doméstica, Violência Sexual, Atenção à Saúde

Abstract

It was done a health services mapping that meet women in situations of domestic and sexual violence in the State of São Paulo in order to disclose them to the public. Method: A digital tool for both self-registration of health units and inclusion of information about the population served as well as for the actions taken and team composition. Period: November 2010 to May 2011. Results: 288 health services provided all information. They are at 16 Regional Departments of Health (DRS) and 91 municipalities. Only 12 offer abortion provided in Law. Discussion: The regional distribution of services is very uneven, its actions such as prescription of emergency contraception are not performed in all of them, which demonstrates the need for better training of teams. The few services that perform legal abortions indicate that there are still barriers to women who intend to terminate pregnancy resulting from sexual violence. Final Thoughts: The mapping was an important management tool for both monitoring and creating of a network health care of women in situations of violence in the state.

Keywords: Violence against Women, Domestic Violence, Sexual Violence, Health Care

¹ Cláudia Medeiros de Castro (claudia.medeiros@usp.br) é doutora em Ciências pelo Programa de Pós Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES/SP, psicóloga e docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

^{II} Tania Di Giacomo do Lago^{II} (tlago@isaude.sp.gov.br) é doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas e médica sanitária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Karina Barros Calife Batista (kcalife@saude.sp.gov.br) é doutoranda em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora de Saúde da Região Sudeste do Município de São Paulo e médica Sanitarista do Centro de Saúde Escola Barra Funda da Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Introdução

A violência é fenômeno de grande magnitude que atinge milhares de pessoas em todo o mundo, não se restringindo a regiões em guerra ou em conflitos similares. Na América Latina e no Caribe, a violência é a principal preocupação de cidadãos e cidadãs das grandes cidades, segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU). Na região, as principais causas da violência são o crime organizado e a violência doméstica. As mulheres adultas, as adolescentes e crianças são especialmente impactadas pela violência, que historicamente é marcada pela desigualdade de gênero, alicerçada em múltiplos pilares, como a dependência econômica ou afetiva e a histórica apropriação de suas vidas e corpos como objetos dos que detêm o poder^{12,2}. A violência contra a mulher é expressa de várias formas, sendo definida pela Organização das Nações Unidas como:

qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte em, ou tenha probabilidade de (possa) resultar em prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrendo tanto na vida pública como na vida privada¹⁵ (p. 16).

Estima-se que, no mundo, uma em cada três mulheres tenha sofrido alguma forma de violência em algum momento da vida. Relatório sobre violência contra mulher apresentado para a Assembleia Geral da ONU estima que a violência perpetrada por parceiro íntimo alguma vez na vida afete 6% a 59% das mulheres, a depender do país considerado. Neste contexto, quando a violência é sexual, o evento é cercado, muitas vezes, pelo silêncio e pode não ser nomeado como violência, mas como parte da relação conjugal⁹.

Estudo multicêntrico, que incluiu o Brasil e foi desenvolvido com mulheres de São Paulo e Pernambuco, mostrou que dentre 3.193 usuárias de 19 unidades de saúde, 76% relataram ter sido submetidas a alguma situação de violência uma vez na vida e 54,8% referiram violência física e/ou sexual¹³.

Dados do Hospital Pérola Byington, organizados por Drezett, mostram que entre 1994 e 2006 foram atendidas 6.774 mulheres adultas e 5.616 adolescentes⁷. O hospital conta com um posto do Instituto Médico Legal (IML), que desde 2001 atende com médicas legistas, resultado do Programa Bem-Me-Quer, uma parceria entre secretarias estaduais. Em Campinas, o Centro de Assis-

tência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que oferece atendimento multidisciplinar para mulheres em situação de violência sexual, no período compreendido entre 1998 até 2006 atendeu 1.174 mulheres e realizou 71 abortos legais¹.

Tendo por base a atuação desses dois serviços e a experiência inaugural do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya em São Paulo, o Ministério da Saúde lançou em 1998 a norma técnica para atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, que após revisões periódicas encontra-se na 10ª edição³. Não obstante a norma ter dado respaldo técnico e político aos serviços pioneiros que vinham oferecendo atenção a essas mulheres e, principalmente, à criação de novos, a ampliação do número de unidades de saúde que efetivamente realizem todas as ações lá previstas, desde a atenção emergencial à vítima até a realização do aborto, tem sido muito tímida.

Por este motivo, um dos objetivos incluídos no Plano Estadual da Saúde 2008 a 2011 foi a ampliação do número de serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual, tendo por meta a existência de pelo menos um na área de abrangência de cada Departamento Regional de Saúde (DRS) no Estado de São Paulo¹⁴.

A fim de sensibilizar profissionais e gestores para esse desafio e de compartilhar experiências já existentes, realizou-se o I Encontro Estadual para Atenção às Vítimas de Violência Sexual, em 2008, que reuniu 466 pessoas oriundas de 91 municípios de São Paulo¹⁰. No entanto, até o final de 2010, apenas dois novos serviços foram implantados, ambos em hospitais estaduais: no Hospital Geral de Itapeverica da Serra e no Hospital Geral de Cotia. Várias secretarias municipais, quando estimuladas nessa direção, referiam já oferecer algum tipo de atenção a mulheres vítimas de violência. Para conhecer a distribuição dessas unidades de saúde no território estadual, a natureza da atenção ofertada e divulgá-la à população e aos profissionais de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) decidiu realizar o mapeamento desses serviços de saúde. O método utilizado para tal levantamento e seus resultados são apresentados no presente trabalho.

Método

Em 2010, a SES/SP criou uma ferramenta digital denominada Mapeamento Violência Doméstica e Sexual (MAPVIODS), disponível no sítio da secretaria, que per-

mitiu aos responsáveis pelos serviços de saúde que realizavam atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência informar as ações por eles desenvolvidas, horário de funcionamento, composição da equipe, sua localização e contato. Durante o desenvolvimento da ferramenta, após ouvir outras áreas técnicas, decidiu-se não restringir a população atendida a mulheres e receber informações sobre as diferentes populações atendidas. A proposta foi divulgada na página eletrônica da SES/SP e em reuniões com gestores regionais e representantes das Secretarias Municipais de Saúde.

Para iniciar o processo, um profissional atuante no serviço solicitava por meio eletrônico seu cadastramento. Para que a informação fosse incluída, um técnico em cada um dos 17 DRS confirmava digitalmente a existência do serviço e habilitava sua inclusão no sistema. O responsável pelo serviço recebia mensagem eletrônica autorizando-o a retornar ao sistema, lançar todas as informações solicitadas, concluindo sua inclusão. O mapeamento teve início em novembro de 2010 e término em maio de 2011.

Resultados

Embora 463 diferentes usuários tenham solicitado cadastramento, 288 serviços que prestam algum atendimento a pessoas em situação de violência concluíram a inserção de todos os dados solicitados, o que corresponde a 62% dos que solicitaram acesso. Estes estão presentes em 136 dos 645 municípios e em 16 DRS, nos quais se distribuem de forma heterogênea (Figura 1). Os DRS com o maior número de serviços cadastrados foram Barretos (75), São José do Rio Preto (46) e Marília (38). No entanto, nenhum serviço foi informado no DRS de Registro.

É preciso esclarecer que pelo menos dois municípios de grande porte, Santo André e Campinas, não inseriram informações no sistema, apesar de sabidamente possuírem serviços dessa natureza e de o mapeamento ter sido amplamente divulgado. Em um deles, inclusive, toda a rede básica municipal provê assistência a pessoas em situação de violência.

Quando se estabelece a razão entre o número de serviços existentes no DRS e a população residente estimada para 2011, verifica-se o quão heterogênea é a oferta assistencial. A melhor relação de disponibilidade de serviços verificou-se no DRS de Barretos, onde há um serviço para cada 5.517 pessoas, enquanto a média

do Estado é de um serviço para cada 144.766 habitantes. Excetuando-se Registro, a pior situação foi observada no DRS de Taubaté, que apresentou um serviço para cada 2.292.055 habitantes.

Quanto ao tipo de serviço, 127 deles (58% do total registrado) encontram-se na atenção básica, em unidades nomeadas como Unidade Básica de Saúde (UBS), centro de saúde ou Unidade de Saúde da Família (USF). Os serviços hospitalares, incluindo unidades de emergência, pronto atendimento e pronto-socorro, corresponderam a 68 unidades, 24% do total, seguidos por ambulatorios de especialidades, unidades de atenção à saúde da mulher e outros. Quatro secretarias municipais de saúde foram registradas, sem indicação do local no qual se desenvolvia a atenção.

No que se refere à composição das equipes de saúde que realizam o atendimento, encontramos enfermeiros e médicos em 96% dos serviços, seguidos de psicólogos em 51% e assistentes sociais em 41%. Outros profissionais, que não foram discriminados, integram mais da metade das equipes.

Quanto à população-alvo dos serviços, a quase totalidade (283 unidades) informou atender mulheres, enquanto 266 informaram atender também os homens (Tabela 1).

Foi perguntado se os serviços atendiam pessoas em situação de violência doméstica e violência sexual, e a grande maioria (87%) assistia mulheres vivendo em qualquer das duas situações (Tabela 1). Essas 250 unidades, somadas às 35 que relataram oferecer atenção apenas a vítimas de violência sexual, perfazem 99% dos serviços que aderiram ao mapeamento.

Apesar disso, conforme se vê na Tabela 2, menos de 50% das unidades de saúde dispensam qualquer forma de contracepção de emergência ou medicamentos imprescindíveis para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) bacterianas e virais, conforme proposto na norma técnica do Ministério da Saúde. Chama a atenção ainda que em 45% dos serviços não exista sequer a prescrição de quimioprofilaxia para DSTs e que o mesmo ocorra em relação à hepatite B em 58% das unidades de saúde. No caso da contracepção de emergência, 40% dos serviços informam não prescrevê-la.

No que diz respeito à interrupção da gestação em situação de violência sexual, 24 serviços informaram realizá-la. Entretanto, após checar as informações por telefone, apenas 12 confirmaram ter equipe disponível para realizar o procedimento. Destes, cinco estão loca-

lizados na Região Metropolitana de São Paulo e um em cada um dos DRS seguintes: Araçatuba, Araraquara, Campinas, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto (Figura 2).

Discussão

O processo de mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência sexual encontrou dificuldades para sua realização. A principal delas diz respeito à utilização da ferramenta digital, seja pela indisponibilidade de computadores em algumas unidades básicas de saúde, seja pela “disputa” desses equipamentos – que, muitas vezes em pequeno número, são utilizados para múltiplas tarefas na unidade – e às vezes por problemas com

a conexão via Internet. Alguns usuários também relataram dificuldades advindas da própria ferramenta, que “não respondia” a contento mesmo quando os requerimentos para acessá-la eram adequadamente atendidos. É provável que isso tenha desanimado profissionais a seguir o processo de cadastramento e explique parte da diferença entre o número de pessoas que solicitaram acesso e o de serviços efetivamente informados. Além disso, outros motivos podem ter levado pessoas a solicitarem acesso ao sistema e, ao obtê-lo, verificarem que ele só se destinava ao registro de serviços de saúde. Por sua vez, a ausência de serviços conhecidos pelo atendimento a pessoas em situação de violência mostra que o conjunto aqui apresentado está subdimensionado.

Figura 1 – Mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência – Número de estabelecimentos segundo DRS, Estado de São Paulo, novembro/2010 a maio/2011

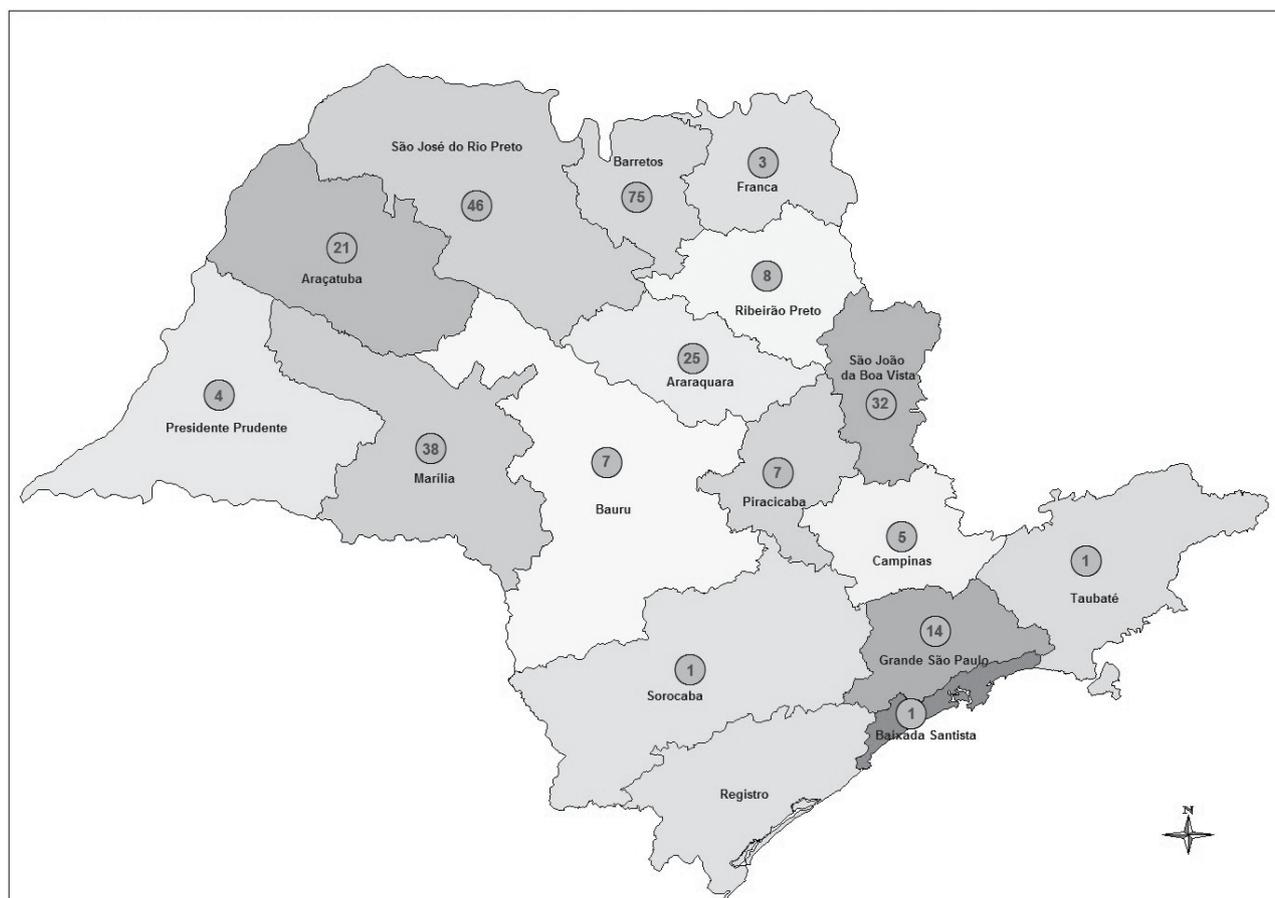


Tabela 1 – Distribuição dos serviços de saúde segundo população-alvo e tipo de violência atendida, SUS, São Paulo, novembro 2010 – maio 2011.

Características do Serviço	Número de Serviços	Percentual
População-alvo		
Mulheres	283	98
Homens	266	91
Adolescentes sexo feminino	282	97
Adolescentes sexo masculino	261	90
Crianças	266	91
Número total de serviços	288	*
Tipo de violência atendida		
Somente violência doméstica	3	1
Somente violência sexual	35	12
Violência doméstica e sexual	250	87
Número total de serviços	288	100

*Como as categorias não são excludentes, não se aplica o total dos percentuais.

Tabela 2 – Distribuição de serviços de saúde que atendem situações de violência sexual, segundo procedimentos assistenciais informados para prevenção de DST e de gravidez, SUS, São Paulo, novembro 2010-maio 2011.

Procedimento assistencial	Número de Serviços	Percentual
Prescrevem quimioprofilaxia para DST (em geral)	158	54,9
Prescrevem quimioprofilaxia para Hepatite B	119	41,3
Dispensam medicamentos para profilaxia de DST (em geral) no próprio serviço	117	40,6
Dispensam medicamentos para profilaxia de Hepatite B no próprio serviço	85	29,5
Prescrevem Contracepção de Emergência	175	60,7
Dispensam medicamento para a Contracepção de Emergência no próprio serviço	135	46,9
TOTAL	288	*

*Como as categorias não são excludentes, não se aplica o total dos percentuais.

Mesmo com essas dificuldades, os dados obtidos indicam um número maior de serviços do que o esperado e mostram o interesse de muitos profissionais de saúde em dar visibilidade às ações por eles desenvolvidas para enfrentar o problema e colocar seus recursos disponíveis para a população.

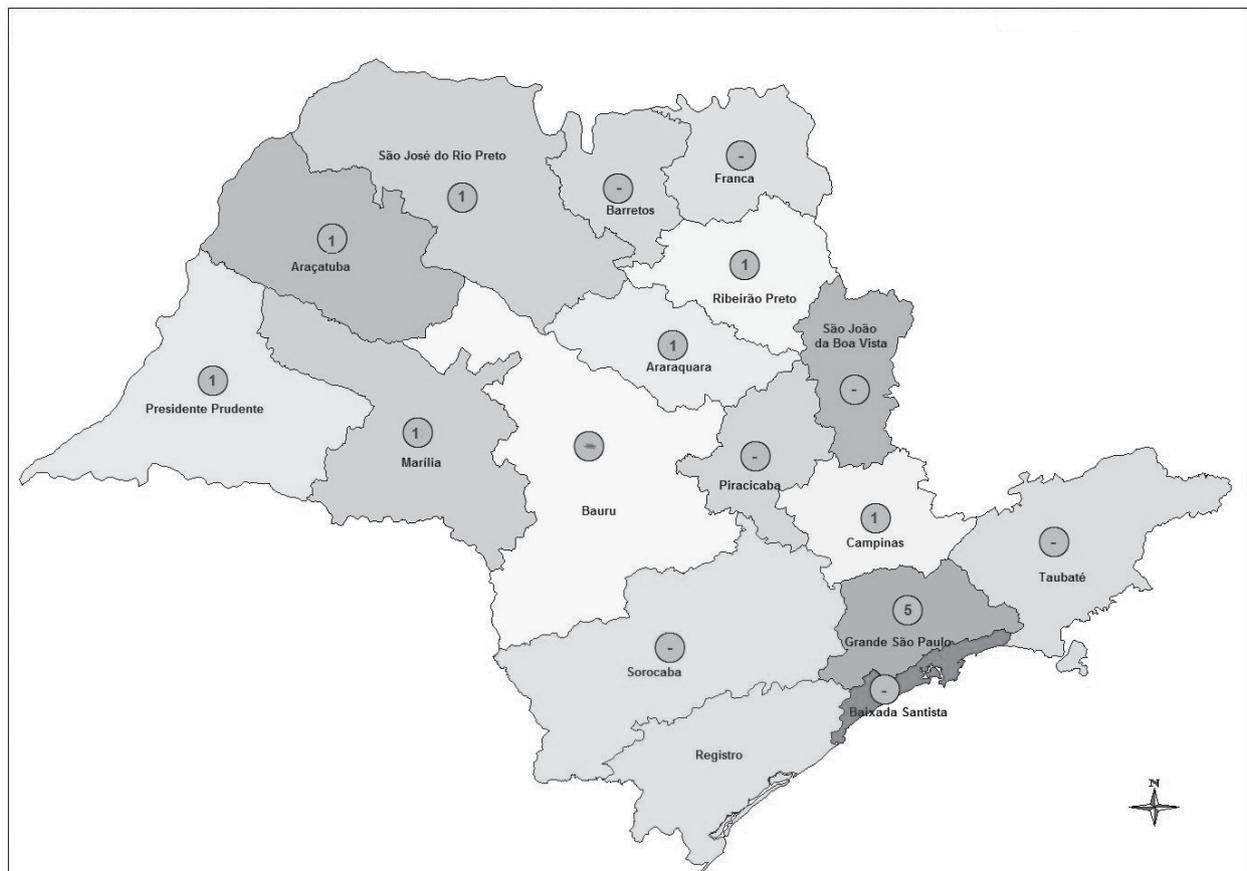
As informações evidenciam a distribuição heterogênea dos serviços no Estado, com regiões com poucos serviços e uma DRS que não chegou a cadastrar sequer um serviço, o que não significa afirmar que lá não exista nenhum serviço disponível. Porém, se ele existe, perde-se a possibilidade de torná-lo conhecido de um público maior e, conseqüentemente, ampliar as chances de uma mulher acessá-lo.

No que diz respeito à qualidade da atenção ofertada, há muito a melhorar. Além de acolher a mulher, é função intransferível do setor saúde tomar as medidas necessárias para prevenção de agravos decorrentes da violência, como a profilaxia das DSTs e a administração da contracepção de emergência em tempo hábil. Se boa parte dos serviços que prescrevem a quimioprofilaxia não dispensa os medicamentos, é necessário investigar se as usuárias e os usuários vêm tendo acesso a eles e se isso ocorre em tempo oportuno, o que, francamente, é difícil esperar. Estudo com 62 mulheres que receberam quimioprofilaxia para HIV mostrou que as mulheres demonstram interesse pelo tratamento e que a taxa de adesão é semelhante à observada em outras situações nas quais ela é oferecida⁶. Trata-se, portanto, de ofertar tal tratamento.

Os resultados também indicam que as barreiras para prover a contracepção de emergência ainda persistem, apesar de o levonorgestrel ser fornecido gratuitamente a todos os municípios pela SES/SP desde 2007 e pelo Ministério da Saúde, posteriormente. Se insumos não faltam, a não dispensação do anti-concepcional capaz de evitar que a mulher venha a engravidar após um estupro só pode resultar de imperdoável desorganização ou de inaceitável restrição ideológica. Este cenário se coaduna com aqueles revelados em estudos nos quais mulheres vítimas de estupro que tiveram alguma assistência à saúde relatam não ter recebido atenção adequada, sugerindo que mesmo profissionais capacitados para abordar o tema mantêm ideias que percorrem o senso comum, como a naturalização da violência sexual^{4,5,8}.

A informação de que 91% dos serviços atendem homens é surpreendente. É muito difícil recordar alguma

Figura 1 – Mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência – Número de serviços que realizam interrupção da gravidez prevista em Lei, segundo DRS, Estado de São Paulo, novembro 2010 - maio/2011.



menção à sua existência em encontros de profissionais atuantes no campo da atenção a pessoas vivendo em situação de violência. Ao contrário, é comum que se aponte a carência desse tipo de atendimento como uma lacuna a ser enfrentada.

Cabe, no entanto, refletir sobre o que significa informar à SES/SP que o serviço “atende” pessoas em situação de violência, o que constitui o principal limite deste trabalho. O mapeamento proposto pretendia identificar serviços que se organizaram para atender essas pessoas. Mas a verificação da ausência de provisão de ações que constituem o núcleo imprescindível da atenção à saúde nesses casos, em muitos informes, sugere que o que se está a dizer é que “não se nega” atendimento a tais pessoas; isto é, se algum(a) usuário(a) manifestar o problema, não será dispensado sem ser ouvido(a). Evidentemente, isso não é pouco. Porém, não é suficiente.

Talvez por isso, tantas unidades refiram atender homens. Ou seja, não se negam a atendê-los. Algumas po-

dem ter tido seus profissionais capacitados para compreender o problema da violência ou até para atender pessoas por ela afetadas. No entanto, a capacitação, na ausência de uma organização operacional para oferecer tal atendimento, o que inclui a definição de procedimentos, de papéis profissionais e a disponibilidade dos insumos necessários, não se transforma em efetiva prestação de serviço.

O número reduzido de serviços que realizam o aborto previsto em lei torna ainda mais clara a insuficiência do cuidado oferecido. As barreiras que tentam impedir o direito de escolha das mulheres que querem interromper a gravidez resultante de violência sexual têm dificultado a ampliação dos serviços, tornando inatingível a meta estabelecida no Plano Estadual de Saúde. Expandir esses serviços e levá-los para as diferentes regiões do interior do Estado continua a ser o principal desafio para gestores e profissionais de saúde comprometidos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos em São Paulo.

Considerações finais

O mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência, por um lado, é uma importante ferramenta de gestão, pois permite identificar unidades em diferentes etapas de constituição dessa atenção e torna possível a organização de redes que articulem os serviços já existentes, de forma complementar. Por outro lado, descortina os esforços de muitos profissionais de saúde para ouvir o problema em meio à ausência de medidas assistenciais que efetivamente possam evitar mais dano à integridade das mulheres. Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a situação de violência cria enormes dificuldades para a mulher controlar sua vida reprodutiva, reduzindo a opção de métodos contraceptivos, já que se torna inviável o uso de métodos que dependem dos homens, como o condom. Essa situação eleva o risco de gravidez não desejada, além de expor a mulher a doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a Aids. Nesse contexto, a atuação dos serviços de saúde pode evitar que tais eventos agravem ainda mais as consequências da violência sobre a mulher, uma vez que é pela porta da saúde que muitas mulheres buscam atenção e proteção.

De forma mais enfática, o mapeamento desenha territórios de resistência a essa proposta de cuidado. Nesses, as mulheres também não estão protegidas da ocorrência de violência e têm negado o direito ao cuidado, quando dela são vítimas. Essa mesma resistência, que é ideológica, faz com que mulheres residentes nas regiões da Baixada Santista, de Barretos, Bauru, Franca, Piracicaba, São João da Boa Vista, Registro, Sorocaba e Taubaté, caso venham a engravidar em decorrência de um estupro, tenham que pagar por um aborto legal, fazê-lo na clandestinidade ou viajar em busca de atenção. É preciso mudar essa situação.

Referências

1. Bedone A, Faundes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):465-469.
2. Blay E. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*. 2003;17(49): 87-98.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, Caderno n. 6. Brasília; 2010.
4. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):31-39
5. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):417-425.
6. Drezett J, Baldacini I, Nisida I, Nassif V, Nápoli PC. Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia Anti-retroviral para a Infecção por HIV em Mulheres Sexualmente Vitimadas. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 1999;21(9):539-44.
7. Drezett J. Núcleo de Atenção Integral a Mulher em situação de violência sexual. Informativo de atividades – 2009. Centro Referência da Saúde da Mulher/Hospital Pérola Byington. São Paulo, 2009.
8. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(2):126-35.
9. Grossi MP. Novas/Velhas violências contra a mulher. *Rev Estudos Feministas*. 1994;473-83
10. Kalckman S, Castro CM, Lago TG, Barros S. Atenção às mulheres vítimas de violência sexual: enfrentando o desafio. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2008;46:43-44.
11. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):646-47.
12. ONU – Habitat. Estado de las ciudades de la America Latina y el Caribe 2012. Rumbo a una nueva transición urbana. ONU-Habitat, 2012. [acesso em: 23 outubro 2012]. Disponível em: http://www.onuhabitat.org/index.php?option=com_content&view=article&id=859:onuhabitat-presenta-el-estado-de-las-ciudades-de-america-latina-y-el-caribe&catid=32:genero&Itemid=210.
13. Schraiber LB. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. São Paulo. 2007;41(3):359-67.
14. Souza RR, Mendes JDV, Portas S, Barros SM, Valin S. Plano Estadual de Saúde, 2008 – 2011. São Paulo; 2008.
15. United Nations. In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary-General. 2006. [acesso 14 novembro 2012]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/74/PDF/N0641974.pdf?OpenElement>.