

Formas de consentimento para a doação de órgãos após a morte*

Valter Duro Garcia^I, José Osmar Medina de Abreu Pestana^{II}, Paulo Manuel Pêgo-Fernandes^{III}

Instituto do Coração, Hospital das Clínicas (HC-FMUSP),
Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

Praticamente todos os países que realizam transplantes promulgam leis, as quais definem a sua posição com relação aos diferentes aspectos legais que afetam estes procedimentos. A forma de consentimento para a doação de órgãos, após a morte, está contemplada nessa legislação.¹

A autorização para a remoção de órgãos para transplante sempre suscitou debates polêmicos, por se tratar de um assunto extremamente delicado, que aborda os mais profundos valores éticos e morais de uma sociedade, demandando uma reflexão sobre direitos fundamentais, como o respeito à dignidade humana, nele inseridos o direito da personalidade e a autonomia da vontade.

O indivíduo tem a liberdade de fazer ou deixar de fazer algo com seu corpo de acordo com sua livre consciência. Essa disponibilidade, porém, deve ser enquadrada dentro de certos limites, salvaguardando interesses superiores. No Brasil, a disponibilidade do homem sobre seu próprio corpo está inserida em três artigos da Constituição, o 1º da dignidade da pessoa humana, o 5º do direito à vida e do direito à liberdade e o 199 da disponibilidade de partes do corpo humano.²

CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS DE CONSENTIMENTO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS APÓS A MORTE

As formas de consentimento para doação são classificadas em quatro tipos. Três deles: consentimento informado, escolha obrigatória e consentimento presumido, são utilizados com variações na grande maioria dos países,^{3,4} e a quarta, que do ponto de vista formal não é um tipo de consentimento, pois o torna desnecessário, é a remoção compulsória de órgãos viáveis para transplante de pessoas falecidas, não é utilizada legalmente em nenhum país.

Consentimento informado

No consentimento informado há necessidade do consentimento explícito da pessoa em vida e/ou dos familiares após a morte. É considerado como o sistema mais ético, porque os órgãos não são removidos sem consentimento explícito e também respeita os princípios da autonomia, do voluntarismo e do altruísmo, visto que as pessoas têm a oportunidade de beneficiar outras, sem obter benefício próprio.^{4,5}

^IMD, PhD. Diretor do Departamento de Transplante de Rim e de Pâncreas da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil. Doutor em Nefrologia Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brazil.

^{II}<https://orcid.org/0000-0002-7394-1501>

^{III}MD, PhD. Professor Titular da disciplina de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina UNIFESP; Diretor Superintendente do Hospital do Rim, São Paulo (SP), Brazil.

^{IIII}<http://orcid.org/0000-0002-0750-7360>

^{IIIIII}MD, PhD. Vice-director, Faculty of Medicine, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil; Full Professor, Department of Cardiopneumology, Faculty of Medicine, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil; Director of the Scientific Department, Associação Paulista de Medicina (APM), São Paulo (SP), Brazil.

^{IIIIIIII}<https://orcid.org/0000-0001-7243-5343>

*Este editorial foi publicado em inglês na revista São Paulo Medical Journal, volume 142, edição número 2 de 2024.

Na maioria dos países que utiliza esse sistema, de acordo com o princípio da autonomia, quem decide é a pessoa em vida através de um registro de doadores (*opting-in*). Nos casos em que a pessoa não se registrou, os familiares são consultados para tomar a decisão.^{5,6} Em outros países, como o Brasil, a decisão é exclusivamente da família, imediatamente após a morte.⁷ E ainda em outros, com maior restrição para a doação, como o Japão e a Coreia do Sul, há a exigência da autorização da pessoa em vida e dos familiares após a morte.⁸

Do ponto de vista bioético, a maioria dos estudiosos advoga que a doação, para ser válida, deve refletir o desejo da pessoa que faleceu, e não da família. Outros argumentam que a possibilidade de doação deve ser oferecida à família como forma de aliviar o sofrimento, tornando a tragédia da perda da pessoa amada um ato nobre.

Escolha obrigatória

Nessa forma de consentimento há a exigência de que todos os adultos competentes decidam, prospectivamente, se querem ou não doar seus órgãos para transplante após a morte. A decisão “*doador*” ou “*não doador*”, é registrada em documento de identidade ou na carteira de habilitação.^{4,9}

A escolha obrigatória tem sido sugerida como uma alternativa para aumentar o consentimento, e de acordo com seus proponentes apresenta algumas vantagens, como preservar o altruísmo e eliminar a necessidade de aprovação familiar. E como todos os adultos competentes devem tomar a decisão, isso pode aumentar o número de doadores.⁴

A principal desvantagem é a obrigatoriedade de que todos os adultos tomem a decisão que será registrada a respeito da condição de “*doador*” ou “*não doador*”. Grande número dessas pessoas não está preparada ou não tem informação suficiente para tomar essa decisão, sendo considerada como coercitiva e como invasão de privacidade.^{9,10}

Na Suécia, o Registro Nacional de Doadores e de Não Doadores foi criado em 1996, e a análise dos primeiros 300.000 registros mostrou que 52% estavam inscritos como doadores e 48% como não doadores.¹¹

No Brasil, no período que a escolha obrigatória foi empregada, sem o apoio das entidades médicas e da sociedade, de janeiro de 1998 a outubro de 2000, o mesmo efeito foi observado. Uma consulta realizada pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos nos Institutos de identificação e nos Departamentos de Trânsito, para conhecer a manifestação de vontade da população, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 1999, em relação a doação de seus órgãos, após a morte, mostrou que 51,2% foram contrários à doação.¹

Os resultados sugerem que a obrigatoriedade para que as pessoas tomem uma decisão pode ser prejudicial, pois

nessa situação a maioria opta por não doar. Essa pode ser a explicação para a discrepância observada entre as pesquisas de opinião que mostram mais de 70% favoráveis à doação e o registro obrigatório, sendo que em torno de 50% optam por serem doadoras após a morte.^{9,10} Portanto, nos locais onde foi empregada, a escolha obrigatória não aumentou a taxa de autorização que justificasse os custos morais, sociais e financeiros.⁸ A educação e a sensibilização do público são, de certa forma, mais importantes do que um sistema de escolha obrigatória.

Consentimento presumido

No consentimento presumido, caso o indivíduo não manifeste em vida a oposição à doação de seus órgãos após a morte, pressupõe-se que ele seja doador. Portanto, a base do consentimento presumido é o registro de não doador (*opting-out*).^{1,2,12}

No consentimento presumido forte, se não houver registro da negativa de doação do indivíduo, em vida, independente da vontade da família, presume-se que ele seja doador, e seus órgão serão removidos.

No consentimento presumido fraco, na ausência de objeção específica do indivíduo em vida, e dos familiares imediatamente após sua morte, presume-se que exista o consentimento para a doação.

O consentimento presumido é utilizado para evitar que os familiares tenham que tomar a decisão sobre a doação no momento emocionalmente difícil da perda do ente querido, em situação de luto, confusão e ansiedade. E com isso poderia haver aumento na taxa de consentimento.¹³ Mas essa hipótese tem sido questionada, pois muitas famílias sentem-se confortadas com a doação dos órgãos, e manifestam que “*a morte não foi em vão*”. A remoção do altruísmo na doação presumida nega essa possibilidade para a família.¹⁴

Para que o consentimento presumido seja eticamente aceitável, deve preencher três pré-requisitos:¹

1. Conhecimento por toda a população da existência da lei;
2. Facilidade de registrar a negativa da doação;
3. Garantia de que a decisão será respeitada.

Para alguns especialistas em bioética, a ausência de objeção não pode ser considerada como consentimento, e para eles a remoção de órgãos sem consentimento explícito do doador constitui violação da dignidade do corpo, e da autonomia.^{12,14,15} Para outros, esse sistema é ético, visto que a falha em registrar a objeção, com adequadas possibilidades de fazê-lo, pode ser interpretada como consentimento implícito.^{13,16,17}

Em torno de 5% da população elegível assina o registro como não doador (*opting-out*) enquanto 20% a 30% são contrários à doação em pesquisas de opinião.¹⁸

O questionamento ético é de uma pessoa que não registrou sua oposição, por vários motivos, e não pode ser considerada como ter consentido.^{12,14,15}

Também não há dados consistentes que comprovem que o consentimento presumido aumenta a doação de órgãos, como exemplificado nos dois países com maior taxa de doação:

- Na Espanha, que tem na legislação o consentimento presumido, em todas as situações a família é consultada e deve fornecer autorização para remoção dos órgãos (consentimento presumido na lei, e informado na prática). Nesse país, o consentimento presumido é utilizado desde 1979, mas o crescimento nas taxas de doação foi a partir de 1989, com emprego dos coordenadores hospitalares de transplante na procura de doadores.¹⁹
- Os Estados Unidos utilizam o consentimento informado com decisão da pessoa em vida ou da família após a morte se não houve decisão prévia do indivíduo. Nesse país, é utilizado o modelo de organizações de procura de órgãos, altamente profissionalizadas e com metas.²⁰

Vários países na América Latina passaram a utilizar o consentimento presumido nos últimos 15 anos e não apresentaram aumento nas taxas de doação, pois o consentimento presumido, por si só, não aumenta a doação de órgãos.¹⁴

Remoção compulsória de órgãos de pessoas falecidas

A remoção compulsória de órgãos de pessoas falecidas, sem necessidade de permissão, também denominada de **Conscrição**, ou eufemisticamente, de **Salvamento Rotineiro**,^{21,22,23} não é utilizada formalmente em nenhum país.

O argumento dos defensores dessa proposta, que não depende do altruísmo ou do voluntarismo, é o de que aplicam o princípio da justiça distributiva, pois todas as pessoas que morrem com órgãos utilizáveis podem contribuir, e todos os pacientes que necessitam deles, podem beneficiar-se. Para eles, os órgãos humanos devem ser vistos como um bem social e a sociedade toma posse deles após a morte.^{23,24}

O principal argumento contra a remoção compulsória, e que a torna inaceitável, é o de que ela é uma violação da autonomia individual, e os direitos da sociedade se sobrepõem aos direitos individuais.

Na China, milhares de prisioneiros condenados a morte tiveram, ou ainda tem, seus órgãos removidos após a morte, com a finalidade de transplante. Essa situação, absolutamente inaceitável, de que alguns tem seus órgãos removidos compulsoriamente (prisioneiros condenados à morte) e mínima parcela da sociedade receba esses órgãos (aqueles que pagam), revela a face sórdida de uma forma da remoção compulsória.⁸

EVOLUÇÃO DAS FORMAS DE CONSENTIMENTO NO BRASIL

As três primeiras leis de transplante no Brasil, promulgadas em 1963,²⁵ 1968²⁶ e 1992²⁷ utilizaram o “consentimento informado”, autorização ou manifestação da vontade do paciente ainda em vida ou dos familiares após a morte, e ao longo desses anos mudanças sutis ocorreram entre elas. Entretanto, em todos os casos a família foi consultada e decidiu sobre a doação, pois não havia um registro para que as pessoas formalizassem sua opção de doar os órgãos após a morte.

Devido ao pequeno número de transplantes e, principalmente, a tragédia da hemodiálise em Caruaru em 1996, com a morte de grande número de pacientes intoxicados, um grupo de pacientes renais crônicos solicitou ao Congresso Nacional medidas favoráveis ao transplante. O senador Darcy Ribeiro, sensibilizado com a causa, se empenhou para a aprovação de uma nova lei de transplantes que aumentasse a doação. E assim foi promulgada, em 4 de fevereiro de 1997, sem discussão com a sociedade e entidades médicas, a Lei nº 9.434²⁸ para vigorar a partir de 1998, a qual mudou a forma de consentimento de *informado* para *presumido forte*. Essa lei, entretanto, não vigorou, pois não foi criado o registro de não doador. E um mês após, em março de 1997, foi publicada nova legislação, o Decreto nº 2.170,²⁹ utilizando a escolha obrigatória, o qual exigia que todos os adultos expressassem sua escolha, “doador” ou “não doador”, quando tirassem ou renovassem os documentos de identidade ou de motorista, com forte oposição da sociedade e da classe médica.

Na prática, havia duas modalidades de consentimento: escolha obrigatória para os que optaram, nos documentos, por “não doador” e o consentimento informado para aqueles que optaram por “doador”, por decisão dos médicos.

Por não ter obtido efeito positivo, pelo contrário, com alta de taxa de oposição da população, a escolha obrigatória foi revogada em outubro de 2000,³⁰ e nova lei em março de 2001 retornou ao consentimento informado, com a particularidade da decisão exclusiva dos familiares, tendo perdido o valor os registros de “doador” ou “não doador” nos documentos.⁷

É interessante observar que grande parte da mídia e da população e uma parcela dos profissionais de saúde imaginava, de forma equivocada, que foi utilizado o consentimento presumido entre 1998 e 2000. Mas deve ser salientado que a simples divulgação pela mídia, em 1997, de que o consentimento presumido vigoraria a partir de 1998, causou temor e contrariedade na população, o que foi demonstrado em pesquisa de opinião do Datafolha realizada em janeiro de 1998 e comparada com a de abril de 1995, em que a intenção de doar os órgãos caiu de 75% para 63%. Então, essa forma de consentimento, mesmo sem ser utilizada, foi prejudicial pois diminuiu a percepção positiva da população sobre a doação.¹

CONCLUSÃO

No momento em que há um projeto de lei tramitando na Câmara de Deputados para a utilização do consentimento presumido no país, parece mais adequado manter o consentimento informado, com a criação do registro de doadores. Esse registro, com validade legal e controlado pelo Judiciário, deve ser voluntário, firmado na presença de testemunhas, revogável e consultado pela Central Estadual de Transplante apenas após a morte da pessoa.¹

A redação da legislação do consentimento informado poderia ter a seguinte redação: “salvo manifestação expressa em vida no registro de doadores pela doação após a morte, a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano dependerá da autorização dos familiares”.

Com essas modificações, o consentimento informado será utilizado em sua plenitude, e será mantida a confiança da sociedade no programa de transplante, que é sólido, mas deve ser aprimorado para beneficiar o maior número de pacientes aguardando por essa terapêutica, respeitando todos os preceitos éticos e mantendo a confiança da população.⁶

Outro fato importante que deve ser salientado é que com igual legislação e financiamento há estados no Brasil com taxa

de doadores superior a 40 por milhão de população (pmp), entre as mais elevadas do mundo, e outros estados com taxa inferior a 10 pmp,³² mostrando que o fator decisivo para o aumento da doação e do transplante não é a forma de consentimento utilizada. Há outros desafios muito importantes que devem ser enfrentados, como não identificação dos potenciais doadores, falta de logística para avaliação dos potenciais doadores e para remoção dos órgãos e ainda pequeno aproveitamento dos órgãos removidos, os quais ocasionam ou aumentam o desequilíbrio entre a demanda e o número de transplantes realizados. Portanto, o planejamento com medidas organizacionais, logísticas e educacionais pode ser mais eficaz que a mudança na forma de consentimento, evitando a desconfiança da população e conflitos com familiares.⁶

É importante salientar que não existe uma forma ideal de consentimento, ou que o sucesso de algum programa de transplante seja atribuído principalmente à sua legislação, pois, se assim fosse, todos os países a copiaríamos. E mais, as leis são boas quando estão em conformidade com o que é aceito pela sociedade e quando não tentam modificar a sociedade por coerção. E não há relação direta entre a forma de consentimento e a taxa de doação, sugerindo que as leis que o regulam são um problema mais legal e filosófico do que um fator crucial para a obtenção de órgãos.¹

REFERÊNCIAS

- Garcia VD, Campos HH, de Paula FJ, Panajotopoulos N, Pestana JOM. Proposta de uma Política de Transplantes para o Brasil. In: Garcia VD. Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo: Office Editora e Publicidade; 2000. p 109-62.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
- World Health Organization. Global glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/global-glossary-on-donation-and-transplantation>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
- Symons X, Poulden B. An ethical defense of a mandated choice consent procedure for deceased organ donation. *Asian Bioeth Rev.* 2022;14(3):259-70. PMID: 35791333; <https://doi.org/10.1007/s41649-022-00206-5>.
- Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. Oxford: Oxford University Press; 1986.
- Caplan A. Ethical and policy issues on organ transplantation. In: Caplan A, Coelho D. The ethics of organ transplant. New York: Prometheus Books; 1998. p. 142-6.
- Brasil. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. *Diário Oficial da União.* 2021, March 24. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10211-23-marco-2001-351214-norma-pl.html>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
- Zhang Z, Zang Z. Ethical dilemmas, and principles in organ transplantation in China. *Acta Bioethica.* 2021;27(2):181-91. Disponível em: <https://acta.bioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/65479>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
- Spital A. Mandated choice for organ donation: Time to give it a try. In: Caplan A, Coelho D. The ethics of organ transplant. New York: Prometheus Books; 1998. p. 147-53.
- Klassen AC, Klassen DK. Who are the donors in organ donation? The family perspectives in mandated choice. In: Caplan A, Coelho D. Ethics of organ transplant. New York: Prometheus Books; 1998. p. 54-160.
- Gäbel H, Rehnqvist N. Information on new transplant legislation: how it was received by the general public and the action that ensued. *Transplant Proc.* 1997;29(7):3093. PMID: 9365678; [https://doi.org/10.1016/s0041-1345\(97\)00794-x](https://doi.org/10.1016/s0041-1345(97)00794-x).
- Veatch RM, Pitt JB. The myth of presumed consent: ethical problems in new organ procurement strategies. *Transplant Proc* 1995;27(2):1888-92. PMID: 7725540.
- Kennedy I, Sells RA, Daar AS, et al. The case for “presumed consent” in organ donation. *International Forum for Transplant Ethics. Lancet.* 1998;351(9116):1650-2. PMID: 9620733; [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)08212-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)08212-3).

14. Prabhu PK. Is presumed consent an ethically acceptable way of obtaining organs for transplant? *J Intensive Care Soc.* 2019;20(2):92-7. PMID: 31037100; <https://doi.org/10.1177/1751143718777171>.
15. Sharif A. Presumed consent will not automatically lead to increased organ donation. *Kidney Int.* 2018;94(2):249-51. PMID: 30031447; <https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.04.020>.
16. Saunders B. Opt-out organ donation without presumptions. *J Med Ethics.* 2012;38(2):69-72. PMID: 21828226; <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100039>.
17. Fabre J. Presumed consent for organ donation: a clinically unnecessary and corrupting influence in medicine and politics. *Clin Med.* 2014;14(6):567-71. PMID: 25468837; <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-567>.
18. Koffman G, Singh I, Bramhall S. Presumed consent for organ donation. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011;93(4):268-72. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2011.93.4.268>.
19. Rodriguez-Arias D, Wright L, Paredes D. Success factors and ethical challenges of the Spanish model of organ donation. *Lancet.* 2010;376(9746):1109-12. PMID: 20870101; [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61342-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61342-6).
20. Nathan HM, Conrad SL, Held PJ et al. Organ donation in United States. *Am J Transplant.* 2003;3(suppl 4):29-40. PMID: 12694048; <https://doi.org/10.1034/j.1600-6143.3.s4.4.x>.
21. Dukeminier J, Sanders D. Organ transplantation: a proposal for routine salvaging of cadaver organs. *N Engl J Med.* 1968;279(8):413-9. PMID: 4874207; <https://doi.org/10.1056/nejm196808222790807>.
22. Spital A, Erin CA. Conscriptio of cadaveric organs for transplantation: let's at least talk about it. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(3):611-5. PMID: 11877582; <https://doi.org/10.1053/ajkd.2002.32164>.
23. Spital A, Taylor JS. Routine recovery of cadaveric organs for transplantation: consistent, fair and life-saving. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2007;2(2):300-3. PMID: 17699428; <https://doi.org/10.2215/cjn.03260906>.
24. Harris J. Consent and end of life decisions. *J Med Ethic.* 2003;29(1):10-5. PMID: 12569187; <https://doi.org/10.1136/jme.29.1.10>.
25. Brasil. Lei nº 4.280, 6 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. *Diário Oficial da União.* 1963, November 11. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4280-6-novembro-1963-353353-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
26. Brasil. Lei nº 5.479, 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1968, August 14. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5479-10-agosto-1968-358591-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
27. Brasil. Lei nº 8.489, 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1992, November 20. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1992/lei-8489-18-novembro-1992-363720-norma-pl.html>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
28. Brasil. Lei nº 9.434, 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1997, February 5, p. 2191. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9434-4-fevereiro-1997-372347-norma-pl.html>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
29. Brasil. Decreto nº 2.170, 4 de março de 1997. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto nº 89.250, de 27 de dezembro de 1983, que regulamenta a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, que assegura validade nacional às Carteiras de Identidade, regula sua expedição, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1997, March 5, p. 4143. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1997/decreto-2170-4-marco-1997-444937-norma-pe.html>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
30. Brasil. Medida Provisória nº 1.959, de 24 de outubro de 2000. Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União.* 2000, October 25, p. 3. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2000/medidaprovisoria-1959-27-24-outubro-2000-376407-norma-pe.html>. Acessado em 2024 (Fev. 7).
31. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplante 2023. Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/setembro – 2023. Ano XXIV, nº 3, p. 12-3. Disponível em: <https://site.abto.org.br/conteudo/rbt/>. Acessado em 2024 (Fev. 7).